

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Michaela Veselá

Sociální práce očima pomáhajících profesí

Social work through the eyes of helping professions

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomířská, Ph.D.

Poděkování

Za odbornou a formální pomoc, důležité rady, připomínky a za čas věnovaný odbornému vedení mé práce děkuji PhDr. Evě Dragomírecké, Ph.D. Poděkování patří rovněž mým rodičům za nesmírnou podporu po dobu mého studia a trpělivost při psaní mé práce. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří se do výzkumu zapojili.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 24. července 2019

.....

Bc. Michaela Veselá

Klíčová slova (česky)

zdravotně sociální pracovník, sociální práce v nemocnici, pomáhající profese, multidisciplinární tým

Klíčová slova (anglicky):

health social worker, social work in hospital, helping profession, multidisciplinary team

Abstrakt (česky)

Diplomová práce se zabývá pohledem na sociální práci v nemocnicích očima pomáhajících profesí na území hlavního města Prahy. Práce je konkrétněji zaměřena na zdravotně sociální práci, která je považována za subdisciplínu sociální práce. Cílem práce je zjistit názor pracovníků pomáhajících profesí, kteří pracují v nemocnicích, na sociální práci a práci zdravotně sociálních pracovníků jako takovou.

Celá práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část praktickou. Teoretická část seznamuje čtenáře s profesí sociální práce, její etikou a hodnotami. Představuje sociálního pracovníka, jeho odbornou způsobilost a náplň práce. Dále se věnuje kvalitě sociální práce a krátce představuje Standardy kvality sociálních služeb a nabízí náhled do historických kontextů sociální práce. Druhá kapitola pojednává o sociální práci ve zdravotnictví, jejím legislativním rámci, o zdravotně sociálním pracovníkovi – jeho odborné způsobilosti, náplni práce a kompetencích. V závěru nabízí inspiraci ze zahraničí, resp. z USA a Finska. Třetí kapitola se věnuje pomáhajícím profesím, její definici, rozdělení, charakteristiky a náplně práce jednotlivých povolání. V následující čtvrté kapitole se dočteme o multidisciplinárním týmu, jeho podmínkách spolupráce, o úkolech a cílech jednotlivých profesí v týmu, o silných a slabých stránkách práce v týmu a také se představí role zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Poslední kapitola teoretické části seznamuje čtenáře s prestiží profese sociální práce.

Druhá, praktická část, se věnuje výzkumnému šetření. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak pomáhající profese v nemocnicích vnímají sociální práci a jaký názor mají na tuto profesi. Výzkum přináší možné nedostatky ve výkonu této práce v nemocnicích a nástin možných řešení. Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření v tištěné a elektronické formě. Respondenty se stali pracovníci nemocnice na území hlavního města Prahy, kteří vykonávají pomáhající profesi. K výzkumnému šetření pro mou diplomovou práci jsem zvolila kvantitativní metodu.

Diplomová práce v závěru přináší možné nedostatky ve výkonu této práce v nemocnicích, nástin možných řešení a také srovnání výsledků s jinými výzkumy zaměřené na názor veřejnosti - nezainteresovaných jedinců.

Abstract (in English):

My thesis refers to social work in hospitals through the eyes of helping professions in the territory of the Prague capital. The thesis is more specifically related to the health-social work which is considered a subdiscipline of social work. The aim of the thesis is to obtain the view of the employees of the assisting professions who work in hospitals on social work and, as such, work of health-social employees.

The entire thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part introduces readers to the profession of social work, its ethics and values. This part presents the social worker, his qualifications and job description. Next, it deals with the quality of social work and shortly presents Quality Standards of social services and provides the insight into the historical background of social work. The second chapter deals with social work in the health sector, its legislative framework, health-social worker – his qualifications, job description and competences. The end part of the second chapter provides an inspiration from abroad respectively from the United States of America and Finland. Chapter three covers assisting professions, their definitions, divisions, characteristics and job descriptions of different professions. In the next chapter we can read about multidisciplinary team, its conditions of cooperation, tasks and objectives of different professions in working team, strengths and weaknesses of team work and it also presents an important role of health-social worker in multidisciplinary team. The final chapter of the theoretical part introduces readers to the prestige of the profession of social work.

The second practical part is dedicated to the research survey. The main objective of the research was to figure out how assisting professions in hospitals perceive the social work and how do they view this profession of social work. Research shows possible deficiencies in doing social work in hospitals and brings an outline of possible solutions. Data collection was carried out through interview survey in printed and electronic form. My respondents were hospital staff working as assisting professions in the territory of the Prague capital. For my research survey I chose a quantitative method.

At the end of my thesis there are mentioned possible weaknesses of working as an assisting profession in hospitals, an indication of possible solutions and also a comparison of the results for the other researches relating to public perception – disinterested individuals.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	11
1.1 ETIKA A HODNOTY SOCIÁLNÍ PRÁCE	12
1.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	13
1.3 KVALITA SOCIÁLNÍ PRÁCE	15
1.4 HISTORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	16
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	19
2.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC	19
2.2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	21
2.3 ZAHRANIČNÍ INSPIRACE	23
3 POMÁHAJÍCÍ PROFESÉ	25
3.1 SPECIFIKA PROFESÍ	27
3.2 MOC A POMOC	29
3.3 HRANICE	30
4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE.....	31
4.1 PODMÍNKY SPOLUPRÁCE.....	31
4.2 ÚKOLY A CÍLE JEDNOTLIVÝCH PROFESÍ V MDT.....	32
4.3 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V MDT.....	35
4.4 VÝHODY A NEVÝHODY PRÁCE V TÝMU	36
5 PRESTIŽ SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	37
5.1 PRESTIŽ SOCIÁLNÍ PRÁCE V ZAHRANIČÍ	38
5.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE V MÉDIÍCH.....	39
PRAKTICKÁ ČÁST	41
6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
6.1 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY	41
7 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42

8	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	44
9	ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	50
10	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	67
11	DISKUSE	75
12	SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	80
13	ZÁVĚR.....	82
14	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	PŘÍLOHA 1.....	94
	PŘÍLOHA 2.....	100

Seznam zkratek

č. - číslo

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

FN – Fakultní nemocnice

MDT – multidisciplinární tým

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

r. - rok

s. - strana

SŠ – střední škola

tab. - tabulka

USA – Spojené státy americké

ÚVN Praha – Ústřední vojenská nemocnice Praha

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

Úvod

Diplomová práce zjišťuje názor pomáhajících profesí v nemocnicích na sociální práci. Dílčími cíli bylo vyzkoumat, co si tyto pomáhající profese myslí o nutnosti vysokoškolského vzdělání u sociálních pracovníků, jaká je jejich nejčastěji vykonávaná práce nebo zda se domnívají, že by sociální pracovník měl být součástí multidisciplinárního týmu.

Osobně si myslím, že je důležité se prestiží sociální práce zabývat. Tato profese je dlouhodobě nedoceněna a její společenská hodnota nedosahuje úrovně, na které kde by si pravděpodobně zasloužila být.

V zahraničí i v České republice již proběhlo několik málo výzkumů zabývajících se prestiží sociální práce z pohledu veřejnosti. Nicméně výzkum zkoumající pohled profesionálů se mi nepodařilo dohledat. To mě přivedlo na myšlenku věnovat svou diplomovou práci pohledu profesionálů na sociální práci. Pro účely své práce jsem musela cílovou skupinu více specifikovat, aby výsledky měli určitou vypovídající hodnotu. A proto jsem zvolila pomáhající profese v nemocnicích na území hlavního města Prahy.

Profese sociální práce (a její subdisciplína zdravotně – sociální práce) je podobně důležitá jako povolání jiného profesionála. Zdravotně - sociální pracovník je odborníkem na sociální oblast, nahlíží na pacienta komplexně (zná jeho historii, rodinnou a sociální situaci), a zároveň se orientuje v oblasti zdravotní, takže dokáže v rámci své odbornosti vyhodnotit zdravotní stav pacienta/klienta a zhodnotit, zda bude moci následná léčba probíhat v domácím prostředí nebo je nutné zvolit jinou alternativu apod.

Jak mezi veřejností, tak na poli profesionálním má sociální práce nízkou prestiž a často je hodnocena jako jedna z pomáhajících profesí, jejíž společenská hodnota patří k nejnižším.

Domnívám se, že by bylo vhodné zaměřit se na zvyšování povědomí o sociální práci – prezentovat náplň práce sociálních pracovníků, jejich cílové skupiny nebo místa, kde všude mohou jako odborníci působit.

Teoretická část

1 Sociální práce

Obecně můžeme sociální práci definovat jako *odbornou činnost profesionálních pracovníků prováděnou ve prospěch lidí v sociální nouzi* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 446). Autor Matoušek (2008, s. 200-201) ve své definici označuje sociální práci za *společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*. Sociálním problémem může být chudoba, zanedbávání výchovy dětí, nezaměstnanost aj. Jinou definici nabízí autor Greene (2010), který říká, že sociální práce je mladá, vyvíjející se profese charakterizovaná dynamickým a pomáhajícím procesem, rozmanitostí rolí, funkcí a kariérních příležitostí.

Tato profese se jako akademická disciplína dotýká i jiných věd jako např. filozofie, práva, sociologie, pedagogiky, psychiatrie a dalších. Důležité je zmínit, že sociální práce je v dnešní době součástí sociálního zabezpečení občanů (Matoušek a kol., 2001).

Stanovit cíl sociální práce v celosvětovém měřítku není možné. Vysvětlujeme si to rozdíly v jednotlivých kulturách, náboženstvích, metodách a výkonu činností této profese. Zjednodušeně můžeme říci, že co je přijatelné v naší evropské kultuře, je naprosto nemyslitelné v kultuře jiné (Matoušek a kol., 2003). Havrdová (1999, s. 154) se domnívá, že cílem sociální práce je (...) *ochránit a posílit zejména znevýhodněné a ohrožené skupiny a jednotlivce ve společnosti*. Praktické cíle sociální práce jsou podle Zastrowa (1995, cit. podle Matoušek a kol., 2003, s. 13-14) následující:

1. *Podpořit schopnost klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se.*
2. *Zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu pomohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti.*
3. *Napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně.*
4. *Rozvíjet a zlepšovat sociální politiku.*

Časopis Sociální práce/ Sociálna práca (2014) uvádí poslání svého periodika, která lze vztáhnout na celou profesi sociální práce:

- *podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce*
- *přispívat k rozvoji sociální práce jako vědní disciplíny a ke zkvalitnění vzdělávání v sociální práci*
- *podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.*

1.1 Etika a hodnoty sociální práce

Ve Slovníku sociální práce se dočteme o etice v sociální práci jako o *souboru mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách dodržovat* (Matoušek, 2008, s. 55). Profesní komory různých vědních oborů vydávají jakási pravidla, standardy, které mají definovat způsoby žádoucího chování příslušníka profese. Autorka Bell (2015, s. 7) doplňuje, že *formální a neformální kodexy upravují pravidla o osobním chování, důvěrnosti, souhlasu, odpovědnosti a spolupráci s uživateli, pečovateli a komunitou*. Porušení etických pravidel je řešeno komisí příslušné komory. Asi nejužívanějším etickým kodexem v oblasti sociální práce je ten, který v roce 1983 vydala Národní asociace sociálních pracovníků v USA. V České republice byla roku 1990 založena Společnost sociálních pracovníků¹, která po pěti letech vydala Etický kodex pro sociální pracovníky (viz. příloha 1). Tento kodex je platný i v současné době. Bohužel jakýkoli monitoring dodržování uvedeného kodexu v České republice však chybí. Kopřiva (2013) dodává, že *žádný etický kodex už neříká, co dělat, když se pomáhajícímu některý požadavek naplnit nedaří*. Autor tím má na mysli situace, kdy se pracovník děsí postižení svého klienta, cítí averzi vůči některé etnické skupině, homosexuálům apod. Úlehla (2005) však si myslí, že etiku sociální práce nemůžeme vymezovat žádným kodexem. Ten může mít svou roli v začátcích, kdy se s etickými hodnotami oboru seznamujeme. (Matoušek a kol., 2003; Úlehla, 2005; Kuzníková, 2011; Kopřiva, 2013)

Důležité je zmínit fakt, že sociální pracovníci v České republice nemají svou komoru. Důvodem je nepřijetí zákona o sociálních pracovnících, který se připravuje již od roku 2012 (Demeterová, 2018). Pěnkava (in Davidová, 2018) se domnívá, že *zákon o sociální práci je potřeba z důvodu zvyšování prestiže a kvality sociálních pracovníků*. Zákon by měl přinést vznik profesní komory sociálních pracovníků, která mj. již existuje u našich kolegů ve Slovenské republice (Davidová, 2018). V tiskové zprávě MPSV říká ředitel odboru sociálních služeb MPSV David Pospíšil (in Habáň, 2015), že „*seminář² nás utvrdil v názoru, že sociální pracovníci novou právní úpravu očekávají a že jsou připraveni převzít odpovědnost za svou profesi.*“

¹ Společnost sociálních pracovníků České republiky je odborná organizace, která dobrovolně sdružuje členy se zájmem o sociální práci. Členové by se měli aktivně podílet na rozvoji této profese a zvyšovat její odbornou úroveň. (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2019)

² seminář – míněno seminář v Poslanecké sněmovně, kde byla dne 4. března 2015 hlavním tématem profesní komora sociálních pracovníků (Habáň, 2015)

Maroon (1997) uvádí, že sociální pracovníci musí umět eticky jednat daleko více než ostatní, neboť rozhodují v nejasných situacích, obtížně mohou předvídat výsledky a pracují s početnou heterogenní populací.

Abychom pochopili vztah etiky a hodnot, neměli bychom opomenout termín ‚morálka‘ – chápeme ji jako soubor předpisů, norem či vzorců chování lidského jednání, který rozlišuje dobro a zlo (Petrusek at al., 1996; Havelková, Vodáková, 2018). Etika je vědou o morálce, (...) o původu a podstatě morálního vědomí a jednání (Matoušek a kol., 2003, s. 22). Ale hodnoty vycházejí přímo z morálky a lze je definovat jako vše, co společnost považuje za žádoucí, potřebné, vhodné nebo dobré. (Matoušek a kol., 2003; Matoušek, 2008)

Hodnoty jsou široký pojem. Havrdová a Šafr (in Havrdová a kol., 2010, s. 87) se domnívají, že *hodnoty jsou osvojovány a předávány sociálním učením*. Každý člověk je jedinečná, originální osobnost se svým vlastním hodnotovým systémem. Ten se v průběhu života mění. Je ovlivňován rodinou, výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi aj. Proto se může snadno stát, že mezi jednotlivci (v kolegiálním vztahu i ve vztahu pomáhající - klient) dojde k nedorozumění. Bell (2015) říká, že pracovní stáže a praxe jsou nedílnou součástí výchovy k hodnotám sociální práce, protože každodenní interakce přispívají k tvorbě hodnot. Znat hodnoty a dodržovat etický kodex pro sociální pracovníky znamená respektovat každého klienta bez jakékoli diskriminace, zachovat mu důstojnost, vytvořit prostor pro realizaci přání klienta, podporovat aktivní zapojení klienta, ale i vhodné zvolení metody práce. Hodnoty pracovníka hrají zásadní roli zejména při řešení etických dilemat. (Matoušek a kol., 2003; Matoušek, 2008; Havrdová a kol., 2010)

Na závěr bych ráda citovala profesorku Martu Munzarovou (2005, s. 69): „*Dnešní společnost považuje za nejvyšší hodnoty výkon, kariéru, úspěch, zdraví, mládí a plete si důstojnost člověka s jeho užitečností.*“

1.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník je jedinec, který vykonává podle § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách následující činnosti, které vzhledem k důležitosti této profese pro mou diplomovou práci ponechávám v úplném znění:

„*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti,*

odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

Zákon hovoří o sociálním pracovníkovi, tedy v mužském rodě. V praxi se často setkáváme s označením sociální pracovnice – zda bych citovala poznámku autorky Nečasové (in Matoušek a kol., 2003, s. 23), která vysvětluje, že *používá termín sociální pracovník, protože je v naší odborné literatuře obvyklý. Jsem si však vědoma toho, že se v praxi převážně jedná o sociální pracovnice.*

Sociální pracovník musí být k výkonu svého povolání odborně způsobilý. Kromě plné svéprávnosti, bezúhonnosti a dalších předpokladů, nařizuje zmiňovaný zákon absolvování patřičného studijního programu na VOŠ nebo na VŠ. V rámci upevňování a doplňování se kvalifikace je pak zaměstnavatel povinen zabezpečit svému zaměstnanci další vzdělávání a to v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

V rámci výkonu profese sociální práce se můžeme setkat s pracovníky v sociálních službách - § 116 zákona o sociálních službách je definuje jako pracovníky, kteří vykonávají přímou obslužnou péči, pečovatelskou činnost v domácnosti klientů, základní výchovnou nepedagogickou činnost, osobní asistenci a další. Pracovník je způsobilý vykonávat samostatně práci pracovníka v sociálních službách po absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Dále se můžeme setkat s tzv. zdravotně sociálními pracovníky (viz. 2.2 Zdravotně sociální pracovník) - pracovníci, kteří jsou navíc způsobilí k výkonu zdravotnických povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních)

Pracovník může vykonávat sociální práci v mnoha rolích. Řezníček (2000, s. 63-64) uvádí následující výčet: *pečovatel nebo poskytovatel služeb, zprostředkovatel služeb, cvičitel (učitel) sociální adaptace, poradce nebo terapeut, případový manažer, manažer pracovní náplně, personální manažer, administrátor a činitel sociálních změn.*

Sociální pracovníci mají těžké a zodpovědné povolání. Jejich základním nástrojem je rozhovor. Při práci s klientem/pacientem zohledňují jeho životní historii, rodinný a pracovní život, jeho přání a možnosti. Dívají se na člověka komplexně. Často zasahují do života jednotlivců i rodin. I to je důvod, proč se kladou požadavky na jejich osobnost a očekávají se od nich určité schopnosti a dovednosti jako např. vymezení hranic,

komunikační dovednosti, inteligence, odolnost proti stresu aj. (viz. 3.1 Specifika profesí). Autor Guggenbühl – Craig (2007, s. 19-20) se domnívá, že sociální pracovníci musí být vybaveni *velmi specifickou psychologickou strukturou*, protože se rozhodli denně čelit naprostým protikladům jedinců: *sociálně přizpůsobený – sociálně selhávající, sociálně úspěšný – sociálně na okraji, (...)*. (Matoušek a kol., 2003; Úlehla, 2005; Guggenbühl – Craig, 2007; Kuzníková, 2011)

1.3 Kvalita sociální práce

Na zdravotně sociální pracovníky, podobně jako na sociální pracovníky, jsou kladeny vysoké nároky ohledně jejich osobnosti, schopností a dovedností. Je nutné, aby svou náročnou práci vykonávali dobře a kvalitně. Kvalitu můžeme chápat jako *výsledek hodnocení mezi očekáváním a výkonem* (Holásová in Kuzníková a kol., 2011, s. 157). V rámci poskytování zdravotnických služeb je samozřejmě dohlíženo i na kvalitu sociální práce ve zdravotnictví. Ta musí být průběžně hodnocena a to jiným subjektem, než který službu poskytuje. Kvalita poskytovaných služeb musí být velmi individualizovaná (Kuzníková a kol., 2011). Matoušek (2008, s. 92) říká, že *klient nechce „finální produkt“, chce průběžnou pomoc při řešení svého problému*. Havrdová (2010, s. 10) se domnívá, že v rámci supervize se spolurozhoduje *o kvalitě týmové práce a kvalitě práce s klienty*.

Do roku 1989 byla kvalita poskytovaných služeb definována centrálně a pozornost se upírala na technické, hygienické a personální podmínky. Po tomto roce začali vznikat nové organizace (zejména církevní a nestátí neziskové), které lze označit za nositele změn v sociální práci (Kloučková in Havrdová a kol., 2010). Postupně začali vznikat Standardy kvality sociálních služeb - významný je jistě rok 2002, kdy je MPSV vydalo jako nezávazný dokument. Právně závaznými se staly až v lednu 2007 (vyhláška č. 505/2006 Sb.) a jsou kontrolovány inspekcí sociálních služeb. Sládek (in Havrdová a kol., 2010, s. 122) říká, že *registrace a inspekce jsou klíčovými nástroji zajišťování kvality*. Bednář (in Matoušek a kol., 2013, s. 519) se ale domnívá, že *základním nástrojem rozvoje kvality sociální práce je hodnocení, evaluace*. (Matoušek, 2008; Matuška, 2008; Havrdová a kol., 2010)

Standardy sociálních služeb obsahují celkem 15 kritérií, které lze rozdělit do 3 skupin:

- **procedurální** – obsahují např. cíle a způsoby poskytování služeb, ochranu práv uživatelů, dohodu o poskytování služby, stížnosti na kvalitu aj.;
- **personální** – obsahují personální zajištění služeb, profesní rozvoj pracovníků aj.;
- **provozní** – obsahují nouzové a havarijní plány, místní a časovou dostupnost služby, zajištění kvality služeb, informovanost o službě aj. (vyhláška č. 505/2006 Sb.; Matoušek, 2008)

V České republice se kvalita poskytovaných sociálních služeb hodnotí pomocí bodového systému. Každé kritérium je hodnoceno zvlášť a jsou mu připisovány následující body:

- a) 3 body, *jestliže kritérium je splněno výborně,*
- b) 2 body, *jestliže kritérium je splněno dobře,*
- c) 1 bod, *jestliže kritérium je splněno částečně, nebo*
- d) 0 bodů, *jestliže kritérium není splněno* (vyhláška č. 505/2006 Sb.)

1.4 Historie sociální práce

Historie sociální práce je velmi rozsáhlá, ať už se jedná o historii ve světě nebo na území českého státu. V následujících odstavcích tedy uvádím stručný přehled významných událostí a milníků v oblasti historie sociální práce, který čtenáři poslouží k základní orientaci. Pro rozsáhlejší, hlubší a komplexnější informace odkazuji na publikace docenta Matouška: *Základy sociální práce*, dále *Encyklopedie sociální práce* (kapitola *Významné osobnosti sociální práce*) a knihu profesora Krebse: *Sociální politika*.

Samotná historie sociální práce sahá až do pravěku, odkud známe lovecko – sběračské společnosti. Členové skupiny byli odkázáni pomáhat si navzájem. V období pravěku a starověku se upřednostňovaly zájmy klanu před individuálními zájmy a potřebami. Neolitická revoluce a vznik městských států vytvořily podmínky pro státní zásahy do života obyvatel. Ze starověkého Řecka je nám známo o penzích pro sirotky, vdovy a vysloužilé vojáky a také nesmíme zapomenout na Solónovy reformy. Ve starověkém Římě se začala uznávat základní práva otrokům např. na důstojné zacházení a za doby vlády císařů Nervy a Traiana přebírá péči o výživu dětí chudých rodičů a sirotků sám stát. Ve středověku je nositelem sociální práce církev. Pomoc bližnímu svému je chápána jako ctnost. Pomoc byla poskytována v kláštrech, vznikaly první nalezince, chudobince, starobince a také vznikaly řády, které pečovaly o nemocné či postižené. Bohužel církev ani šlechta neměly dostatek zdrojů pro pomoc každému občanovi v nouzi –

tito lidé se stávali vyloučenými a živí se zejména žebrotou. (Matoušek a kol., 2001; Tomeš, 2010; Krebs a kol., 2015; Vojtíšek, 2017)

První počátky státní garance nalézáme v 16. století, kdy rakouský císař Ferdinand I. přichází s tzv. domovským právem – tedy obce mají povinnost postarat se o svého občana v případě nouze. Dalším významným milníkem je Poor relief act, tedy zákon o chudých královny Alžběty I. Tento dokument jako první nepočítal s církví jako institucí, která by měla být odpovědná za zaopatřování chudých a nemocných, ale naopak tuto povinnost přenesl na místní úřady, rodinu a městské úředníky, kteří měli dohlížet na chudinu. (Matoušek a kol., 2001; Vojtíšek, 2017)

Období industriálního kapitalismu považujeme za počátky moderního státu. S nástupem průmyslové revoluce se objevuje řada negativních jevů – lidé se stěhují do měst za prací, ničí se rodinné vazby, přicházejí problémy s bydlením, vzděláváním, vytváří se větší společenské problémy. Dochází k rozvoji různých charit a institucí (ženská hnutí, dělnické spolky). Charitě se věnují především ženy z vyšších a středních vrstev. Na konci 19. století přicházejí Bismarcovy reformy – vznik prvního státního systému sociálního pojištění (zdravotní, důchodové a úrazové). (Matoušek a kol., 2001; Krebs a kol., 2015; Vojtíšek, 2017)

Počátky sociální práce jako profesní specializace můžeme datovat ke konci 19. století. Významným průkopníkem v oblasti sociální práce je vikář Samuel A. Barnett, který zkoumal příčiny chudoby a jak působit proti ní v domě s názvem Toynbee Hall – dnes ho považujeme na první komunitní centrum. Na přelomu 19. a 20. století vznikají první školy sociální práce (Amsterdam, New York, Londýn). Rok 1922 je významný pro vznik případové práce díky Mary Richmondové. Octavii Hillové zase vděčíme za průkopnictví skupinové a komunitní práce. V USA Jana Addamsová založila Hull House pro přistěhovalce, které považujeme za první sociální centrum v USA. V roce 1953 vzniká první linka důvěry. V 70. letech 20. století vznikají především v USA dobrovolnické organizace, rozšiřují se svépomocné skupiny. (Matoušek a kol., 2001; Matoušek a kol., 2003; Šťastná, 2016)

Z vývoje sociální práce na českém území bych zdůraznila Marii Terezii a její školskou reformu se zavedením povinné školní docházky. Josef II. vydává „Pravidla direktivná“, které stanovují způsoby ústavní péče. V roce 1918 vznikla Ženská vyšší škola pro sociální práci, pozdějším názvem Vyšší škola sociální péče, kde se angažovala Alice Masaryková. Po roce 1948 se k moci dostala komunistická strana Československa a

sociální práce se stala zcela závislou na státu. Komunisté se domnívali, že pod jejich vládou vymizí sociální problémy. Sociální pracovníci se tak scházeli neformálně. V roce 1969 vzniká Společnost sociálních pracovníků a je založeno MPSV. Po roce 1989 dochází k transformaci sociální politiky. Dochází k obnově vzdělávání na středních, vyšších i vysokých školách – mimo jiné byly vytvořeny Minimální standardy vzdělávání v sociální práci (r. 1993). Začaly se aplikovat první prvky komunitního plánování sociálních služeb. Se vstupem do EU je nutná koordinace legislativy. Novým trendem je deinstitucionalizace, vznikají nevládní organizace poskytující sociální služby, rozvíjí se dobrovolnictví a vznikají alternativní postupy trestního řízení. (Havrdová, 1999; Matoušek a kol., 2001; Krebs a kol., 2015; Šťastná, 2016)

2 Sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnickém prostředí *je oblastí, kde se zdravotní péče prolíná s péčí sociální* (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 69). Česká asociace sester (Šlenkrťová, Marková, 2012) vnímá zdravotně-sociální péči jako *specifickou odbornou činnost, která je nedílnou a nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu v rámci komplexní terapie a léčby*. Po péči zdravotní je nutno zajistit návaznou sociální péči. Sociální práce ve zdravotnictví tedy usiluje o komplexní péči klienta v oblasti sociální a zároveň oblasti zdravotní. Jedná se o velmi specifickou profesi, která si vytváří svoji terminologii. Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011, s. 11) se domnívají, že zdravotně sociálně práce je tak moc individuální, jako neopakovatelnost každého člověka. Má to být práce neopakovatelná, jedinečná a pro pracovníka velmi náročná. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011; Šlenkrťová, Marková, 2012)

Hlavním smyslem této profese ve zdravotnictví je pomáhat klientovi/pacientovi v nepříznivé sociální situaci, která je spojena s onemocněním nebo jeho následky. Matoušek (2008, s. 83) považuje klienta za osobu, která *využívá sociální služby* a pacienta definuje jako *člověka, který je léčen ve zdravotnickém zařízení* (tamtéž, s. 131). V praxi se zejména v nemocnicích setkáváme spíše s oslovením ‚pacient‘. Oba termíny jsou si však rovnocenné. Zdravotně sociální práci ve zdravotnictví vykonává obvykle zdravotně sociální pracovník. V následujících podkapitolách více popisují ‚zdravotní odbornost‘ i zaměstnávání samotného sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

2.1 Legislativní rámec

Jak už bylo zmíněno, sociální práce ve zdravotnictví zasahuje do sociální a zdravotní oblasti. Zdravotně sociální pracovníci tedy musí být vzděláni v obou oblastech pro samostatný výkon povolání. Nevýhodou pro jedince, kteří jsou vzděláni ‚pouze‘ v oboru sociální práce je fakt, že si musí doplnit zdravotnické vzdělání skrze řádné studium nebo absolvovat placený kvalifikační kurz zdravotně sociálního pracovníka. Naopak k výhodám patří výkon práce bez odborného dohledu a nahlížení, porozumění a práce se zdravotní dokumentací.

Vzdělání sociálního pracovníka upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz. 1.2 Sociální pracovník). Sociální pracovník může být ve zdravotnictví

zaměstnán, spadá však do kategorie „jiných odborných pracovníků“. (Brůha, Prošková, 2011)

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních se věnuje odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka, kterou lze získat absolvováním:

- a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,³*
- b) studiem na VOŠ nebo na VŠ v oborech se sociálním zaměřením a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník; podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře,*
- c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.*

Dalším důležitým dokumentem je vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, uvádějící činnosti, které smí vykonávat zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí jako např.: dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, provádí zápisy do zdravotnické dokumentace, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, podílí se na přípravě standardů a další. Paragraf 9 stejné vyhlášky definuje činnosti, které vykonává přímo zdravotně sociální pracovník jako např.: provádět sociální prevenci včetně depistážní činnosti, sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb a další. K legislativnímu rámci Vurm (2004, s. 7) dodává, že *současné právní předpisy nezajišťují dostatečnou provázanost zdravotní a sociální péče*. (vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)

Zdravotně sociální pracovník se v rámci výkonu své práce opírá o řadu zákonů, norem, listin, vyhlášek a jiných významných dokumentů. Níže uvádím některé příklady legislativních

³ V současné době lze obor Zdravotně sociální pracovník nebo Zdravotně sociální péče studovat a mít tedy způsobilost k výkonu tohoto povolání bez odborného dohledu, na pěti českých univerzitách – Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Ostravská univerzita, Univerzita Pardubice, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně a Vysoká škola polytechnická Jihlava (Vysoké školy, 2019)

norem: zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi; zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů aj. (Kuzníková a kol., 2011; Prchal, 2014)

2.2 Zdravotně sociální pracovník

Jak již bylo výše zmíněno, zdravotně sociální pracovníci jsou jedinci vykonávající své povolání ve zdravotnictví. Musí být znalí sociální problematiky a navíc i zdravotní, aby splňovali požadavky na odbornou způsobilost tohoto povolání. Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011, s. 11) doplňují, že *zdravotně sociální pracovník musí být člověk, který je schopen reflektovat skutečnost, který je si vědom, že může dávat, když ví, že má co nabídnout*. Důležité je i *respektování mravních norem a morálních vlastností pracovníka, protože jsou nezbytným předpokladem pro úspěšnou profesní činnost* (Vurm a kol., 2004, s. 75).

Zdravotně sociální pracovníci musí být kompetentní k výkonu svého povolání, to znamená, že jsou *povolání, oprávnění, způsobilí* (Petráčková, Kraus, 1995, s. 404). Garthwait (2012, s. 5) definuje kompetence jako *znalosti, dovednosti a hodnoty nezbytné pro výkon sociální práce*. Havrdová (1999, s. 41) doplňuje Garthwaitovu definici o *schopnost naplnit požadavky povolání nebo jiné požadavky*. K základním kompetencím zdravotně sociálních pracovníků podle Havrdové (1999) patří rozvíjení účinné komunikace; orientování se a plánování postupu; (...) odborný růst a další.

Šlenkrťová a Marková (2012, s. 4) uvádějí náplň práce zdravotně sociálních pracovníků jako: *poskytování pomoci při odstraňování negativních faktorů ovlivňujících pacienta v důsledku ztráty či omezení jeho fyzické, psychické nebo intelektuální autonomie. Zprostředkovávají pacientům/klientům v nepříznivé sociální situaci podle konkrétní potřeby, kromě zdravotně sociálního poradenství, podporu ke zvýšení jejich orientace ve vlastních právech a povinnostech v dané situaci*. V nepříznivé životní situaci se nacházejí klienti/pacienti a jejich rodiny z důvodu nemoci, věku, ztrátu soběstačnosti aj.

Zdravotně sociální pracovníci se zaměřují na individuální přístup; snaží se motivovat klienty/pacienty k tomu, aby zvládli řešit svoje problémy; pomáhají klientům/pacientům při podávání podnětů, odvolání, oznámení a dalších žádostí;

napomáhají integraci klienta/pacienta do společnosti; jsou schopni odhalit různé souvislosti případu; podílejí se na dalších terapiích (např. resocializační, aktivizační programy); zjišťují následnou péči; doporučují sociální služby v konkrétní lokalitě a mnohé další. (Zdravotně sociální služby, 2018; Zdravotně sociální oddělení, 2019)

Autoři jako Havrdová (in Matoušek a kol., 2013) nebo Kuzníková (2011) mezi základní činnosti zdravotně sociálních pracovníků řadí: sociálně – právní činnosti; sociálně – právní poradenství; sociální prevenci; sociální diagnostiku nebo sociální intervenci. Havrdová (in Matoušek a kol., 2013) navíc doplňuje supervizi, výzkum v sociální práci, sociální koncepce a výzkum v sociální práci. Zajímavé je, že Kuzníková (2011) do náplně práce zdravotně sociálních pracovníků nezařazuje management, na rozdíl od Havrdové (in Matoušek a kol., 2013), která zmiňuje řízení sociálních organizací, týmů a organizační změny.

Zdravotně sociální pracovníci vykonávají svou profesi v nemocnicích a jsou zaměstnanci nemocnice. V dnešní době neexistuje zákonná norma, která by nemocnicím ukládala povinnost zřizovat sociální služby. Záleží tedy na jednotlivých nemocnicích, zda se rozhodnou vytvořit pracovní pozice pro zdravotně sociální pracovníky, případně otevřít zdravotně sociální/ sociální oddělení. (Kuzníková, 2011)

Kuzníková (2011) zmiňuje zajímavý poznatek, kdy samotný zdravotně sociální pracovník nebo celé sociální oddělení (pokud je zřízeno) organizačně spadá pod náměstkyni/náměstka pro ošetrovatelskou péči. To je poněkud paradoxní situace, když je tato profese součástí zdravotnictví, ale přitom se snaží o osamostatnění se na poli vědy.

Národní zdravotnický informační systém jednou ročně vydává dokument s názvem *Zdravotnictví ČR: Personální kapacita*, ve kterém vyhodnocuje kvantitativní údaje o personálních kapacitách a sleduje data o mzdách a platech v českém zdravotnictví. Data pocházejí z rezortního Programu statistických zjišťování sbíraná podle zákona o státní statistické službě. Tabulka 1 znázorňuje celkový počet pracovních úvazků povolání zdravotně sociálního pracovníka, který spadá do kategorie „Zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí“. Z tabulky 1 je patrné, že od roku 2013 došlo k nárůstu pracovních úvazků, konkrétně o 123 pracovních míst. (Bartůňková, Jarkovský, Dušek, 2016)

Tab. 1: Počet pracovních úvazků povolání zdravotně sociální pracovník v jednotlivých letech

Rok	Počet úvazků
2013	410
2014	436
2015	487
2016	453
2017	533

Zdroj: Vlastní zpracování dle dat Bartůňková, Jarkovský, Dušek, 2016; Slábová, 2017; Bartůňková, Jarkovský, Dušek, 2018

2.3 Zahraníční inspirace

Prvopočátky sociální práce ve zdravotnictví v USA jsou nám známe již od začátku 20. století. Všeobecná nemocnice v Massachusetts zaměstnala první profesionální sociální pracovníky. Významnou osobností byla Ida M. Cannon, která vypracovala osnovy pro vzdělávání v oblasti sociální práce založeném na kombinovaném školení zdravotních sester a sociálních pracovníků. Je autorkou knihy *Social work in hospitals* z roku 1913. USA v současné době řeší otázku budoucnosti. Domnívají se, že sociální práce ve zdravotnictví by se měla začít orientovat především na práci s komunitou. (Gehlert, Browne, 2011; Social Welfare History Project, 2012)

Zdravotně sociální pracovníci nejčastěji vykonávají tzv. case management - *vedení případu, řízení případu; opatření, prováděná pro individuální přizpůsobení zásahu potřebám klienta* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 84). Zajímavé je, že vláda USA určila jakýsi standard, který určuje, kolik finančních prostředků smí nemocnice využít na léčbu konkrétní nemoci (např. zlomeninu končetiny, kýlu). Pokud nemocnice překročí tuto částku, musí přesah doplatit ze svých vlastních zdrojů. Zdravotně sociální pracovníci jsou oprávněni hodnotit využití finančních prostředků (Utilization Review). Musí monitorovat přijímání nových pacientů, využití jednotlivých služeb, využití nemocničních zdrojů a sledovat délku hospitalizace. Zavedení takového opatření bohužel vede často k tomu, že v nemocnicích dochází k rozhodnutí, která nejsou v nejlepším zájmu pacienta (kratší pobyt, snížení počtu využitých služeb aj.). (Beder, 2006)

Ve Finsku zaměstnávají nemocnice *jednu třetinu všech sociálních pracovníků* (Kuzníková a kol., 2011, s. 49). Zdravotně sociální pracovníky nenajdeme na jednom konkrétním oddělení „sedící pospolu“, jako tomu bývá u nás v České republice (FN v Motole, Nemocnice na Bulovce a další), ale najdeme je na jednotlivých odděleních,

klinikách, aby byli co nejbližší svým pacientům. Beránková (2001, cit. podle Kuzníková a kol., 2011, s. 49) uvádí, že zdravotně sociální pracovníci jsou ve Finsku *podřízeni vedoucímu sociálnímu pracovníkovi – supervizorovi, který podléhá řediteli nemocnice*. To je zcela odlišná organizační struktura než v naší republice (viz. 2.2 Zdravotně sociální pracovník). (Kuzníková, 2011)

3 Pomáhající profese

Jak už název sám napovídá, lze je chápat jako povolání, která mají druhým pomáhat v rámci své odborné působnosti. Samotný termín „pomoc“ chápeme jako *aktivitu zabezpečující zdárný rozvoj v určité oblasti a snahu pomáhat jiným překonávat překážky* (Jesenský, Janiš, 2003, s. 82). Hartl a Hartlová (2000, s. 185) definují pomáhající profese z anglického helping profession jako *souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější*.

Vzhledem k tomu, že termín pomáhající profese patří stále k těm „novějším“, níže jsou uvedena pojetí dalších autorů:

- Matoušek (2008, s. 140) definuje pomáhající profesi jako *profesi vznikající v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory*.

- Michalík (2011) uvádí, že se jedná o profese, orientující se na potřeby člověka, kdy hlavním rysem je jednání zaměřující se na řešení potřeb a poskytování podpory a pomoci druhému člověku.

- Guggenbühl – Craig (2007) označuje za pomáhající ty, kteří určitým způsobem pomáhají k blahu a prospěchu lidí. Jejich činnost je určena především nešťastným, nemocným a dezorientovaným lidem.

- Kopřiva (2013, s. 14) říká, že *existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci (...), ale na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem*.

Autoři jako Matoušek (2008), Kopřiva (2013), Michalík a kol. (2011), Guggenbühl – Craig (2007) nebo Géringová (2011) se však shodují v názoru, koho lze za pomáhající profesi považovat. Řadí sem lékaře, zdravotní sestry, psychology, sociální pracovníky, pedagogy a terapeuty. Guggenbühl – Craig (2007) a Géringová (2011) doplňují pomáhající profese o duchovní, Michalík (2011) přidává vychovatele a Kopřiva (2013) pečovatele. Michalík (2011) uvádí, že mezi pomáhající profese jsou zařazováni i rehabilitační pracovníci a maséři, avšak méně často.

V knize Zdravotnická povolání Prošková (in Brůha, Prošková 2011) rozděluje profese na:

- **lékařské** (lékař, zubní lékař, farmaceut);
- **nelékařské zdravotnické** (všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, klinický psycholog, zdravotně – sociální pracovník, klinický logoped, fyzioterapeut, ošetřovatel aj.);
- **jiní odborní pracovníci** (sociální pracovník, logoped, oftalmoped, ateterapeut aj.)

V následujícím textu budou představeny pomáhající profese spolu s krátkým popisem jejich náplně práce. K výkonu povolání **lékaře** patří preventivní, diagnostická, léčebná, rehabilitační a dispenzární péče. **Farmaceut** smí připravovat lékové přípravky, kontrolovat léčiva, poskytovat informace o léčivech aj. **Všeobecná sestra** má dvě role- první je role samostatná, za kterou považujeme poskytování ošetrovatelské péče (základní, specializovanou nebo vysoce specializovanou podle stavu pacienta). Druhou rolí je role spolupracovnice lékaře, kde vykonává činnosti na základě indikace lékaře a za tuto práci přebírá zodpovědnost lékař (jedná se o činnosti preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární). **Zdravotnický záchranář** poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci neodkladné péče – na oddělení záchranné služby. **Klinický psycholog** samostatně vykonává preventivní, diagnostickou, neodkladnou a rehabilitační činnost. V rámci povolání dětského klinického psychologa metodicky řídí a organizuje psychologickou péči o děti. **Fyzioterapeut**, známý pod dřívějším názvem „rehabilitační pracovník“, pracuje bez lékařského dohledu - nicméně ve většině případů je potřeba alespoň spolupráce s lékařem, aby stanovil diagnózu a cíl fyzioterapie. Fyzioterapeut na základě těchto informací zvolí vhodné postupy fyzioterapie a dále pracuje samostatně. **Ošetřovatel** poskytuje ošetrovatelskou péči vždy pod odborným dohledem, podílí se ve spolupráci s lékařem i na léčebné, rehabilitační nebo neodkladné péči. Ošetřovatelé s odbornou způsobilostí mohou vykonávat i profesi pracovníka v sociálních službách⁴. Náplň práce **zdravotně – sociálního pracovníka** je popsána v kapitole 2. (Brůha, Prošková, 2011)

Závěrem můžeme konstatovat, že za pomáhající profese můžeme obecně považovat profese zdravotnické, pedagogické, psychologické, zaměřené na sociální práci a profese duchovní. Nezapomeňme zdůraznit, že mnozí členové těchto profesí jsou v tzv. multidisciplinárních týmech (viz. 4 Multidisciplinární spolupráce), kde spolupracují se

⁴ Pracovník v sociálních službách – pracovník, který vykonává přímou obslužnou péči o klienty, výchovnou činnost a pečovatelskou práci (Matoušek, 2008)

svými kolegy z jiných profesí s cílem co nejlépe vyřešit určitou situaci klienta, pacienta, uživatele služby.

3.1 Specifika profesí

Každá profese je specifická - má svá konkrétní pravidla, kodexy, rizika i potřeby. Od jednotlivých pracovníků daných profesí je vyžadován určitý stupeň vzdělání, teoretické a praktické znalosti, dovednosti i osobnostní předpoklady, které se snaží aplikovat ku prospěchu svých klientů, pacientů. Úlehla (2005, s. 24) se domnívá, že *pomáhajícím profesím stačí mít tři opěrné body, aby stála pevně* – řadí sem způsoby chování, jednání klienta; normativní ukotvení a dále je to profesionalita, vzdělání, odbornost pracovníka. (Pomáhající profese, 2014).

Michalík (2011) uvádí, že každá profese je tvořena z určitých charakteristik, které se mohou objevit v upravených či pozměněných verzích. Tyto charakteristiky autor shrnul do následujících bodů, které níže rozvádím:

- požadavky na vzdělání;
- zaměření na individuální potřeby (problémy) jednotlivce;
- praxe a další vzdělávání;
- požadavky na strukturu osobnosti pracovníka;
- riziko syndromu vyhoření;
- etické normy;
- komunikační schopnosti.

Požadavky na vzdělání se liší v závislosti na výkonu povolání – od absolvování kurzu (pracovník v sociálních službách), přes úspěšně zakončené studium na SŠ, VOŠ nebo VŠ. Navrátilová (in Matoušek a kol., 2013) uvádí, že v rámci vzdělávání sociálních pracovníků se klade velký důraz na informační zdatnost – ta by měla zajistit, že pracovníci skutečně pomohou svým klientům a navíc zvýší efektivitu své práce. V průběhu výkonu práce si pracovníci mohou tzv. prohlubovat kvalifikaci - *prohlubováním kvalifikace se rozumí její průběžné doplňování, kterým se nemění její podstata a které umožňuje zaměstnanci výkon sjednané práce; za prohlubování kvalifikace se považuje též její udržování a obnovování.* (§ 230 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce)

Zaměstnavatel má i možnost zaměstnanci nařídit povinné školení, které se považuje za výkon práce a zaměstnanci za něj náleží mzda nebo plat. Úlehla (2005) se zmiňuje o

situaci, kdy pracovník vykonává svou práci desítky let stejně dobře a říká, že proto nepotřebuje nic měnit – to považuje za silně neprofesionální.

V § 231 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce se dočteme o tzv. zvyšování kvalifikace – *tím se rozumí změna hodnoty kvalifikace; zvýšením kvalifikace je též její získání nebo rozšíření*. Chápeme tím studium, školení nebo jinou formu přípravy k dosažení vyššího stupně vzdělání.

Se vzděláváním úzce souvisí praxe, která potká každého pracovníka v době nástupu do zaměstnání. V začátcích se pracovník dostává do jakési doby „zácviku“, kdy si zvyká na pracovní pozici, na komunikaci s klienty apod. Tato doba je zcela nezbytná a velmi důležitá pro budoucnost pracovníka. (Michalík a kol., 2011)

Zaměřením na individuální potřeby (problémy) jednotlivce Michalík (2011) míní zaměření se zejména na potřeby konkrétního jedince. Protože každý může potřebovat něco jiného i v podobné životní situaci. Autor tím ovšem nevylučuje řešení otázek týkajících se celé skupiny, i s těmi se pomáhající profese setkávají.

Požadavky na strukturu osobnosti pracovníka chápeme jako osobnostní předpoklady, schopnosti a dovednosti, kterými by měl pracovník disponovat při výkonu práce s lidmi. Matoušek (2008, s. 129) definuje osobnost jako *osobité spojení duševních a tělesných vlastností člověka, které se utváří v průběhu individuálního vývoje a projevuje se ve společenských vztazích*. Všechny pomáhající profese se od jiných povolání liší zejména v tom, že pracují s lidmi. Jakýmsi „základním kamenem“ je zde lidský vztah, tedy vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a jeho klientem. Už z toho důvodu je jejich práce velmi náročná. Matoušek (2003) uvádí čtyři předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese:

- **zdatnost a inteligence:** pomáhat druhým je vysilující práce a nutné si udržovat fyzickou kondici, neboť tělo je základním zdrojem energie; inteligencí autor míní doplňování si znalostí, čtení odborné literatury a také nezapomíná na emoční a sociální inteligenci;
- **přitažlivost:** může se jednat o fyzický vzhled, pěkné oblékání, chování, kvalifikovaná odbornost, pověst nebo i to, jak jedná s klienty;
- **důvěryhodnost:** klient vnímá pracovníkovu diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění;

- **komunikační dovednosti:** jsou základním prostředkem pro to, aby pracovník mohl navázat vztah s klientem - řadíme sem verbální i neverbální komunikaci, aktivní naslouchání a empatii.

Michalík (2011) dodává, že u pomáhajících profesí se předpokládá vysoká míra vstřícnosti vůči klientovi a zaměření se na potřeby konkrétního klienta.

Syndrom vyhoření neboli burn-out syndrom je *ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 586). Matoušek (2003) doplňuje, že k syndromu dochází v důsledku nezvládnutého pracovního stresu a postihnout může nejen profesionála, ale i dobrovolníka.

Profesní etiku vysvětlují autoři Hartl, Hartlová (2000, s. 144) jako *pravidla pro chování příslušníka určité profese zahrnující jeho práva a povinnosti, pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině a vztah ke kolegům pracovníka*. Matoušek (2003) doplňuje, že etický kodex je nutný z toho důvodu, aby moc pomáhajících nemohla být zneužita.

3.2 Moc a pomoc

V rámci pomáhání hraje moc velmi důležitou roli a pracovník by měl jednat s mocí zodpovědně. Schmidbauer (2008) říká, že pomáhající je ten, kdo dává, je silný a mocný. Naopak ten, kdo pomoc přijímá, je slabý a odkázaný na pomoc pomáhajícího. A právě nesouměrnost této situace se může stát drogou pro pomáhajícího (Schmidbauer, 2008). V situacích, kdy pracovník musí učinit životně důležité rozhodnutí proti vůli klienta, je pro něj problematika moci maximálně důležitá. Ale i v tento moment pracovník činí užitečná rozhodnutí pro klienta. Velké nebezpečí se však schovává tam, kde se pracovník snaží klamat sám sebe tím, že jedná z čistě nezištných motivů - např. čeká vděčnost, odměnu, uznání. (Guggenbühl – Craig, 2007)

Hartl, Hartlová (2000, s. 321) definují moc jako *nadvládu, dovednost, schopnost jedné osoby docílit zamýšlené účinky na chování na city osoby či osob druhých*. Matoušek (2008) dodává, že uplatňování moci si nemusí uvědomovat ani jeden ze zúčastněných - ten, kdo moc využívá a ani ten, na koho je moc používána. Kopřiva (2013) ve své publikaci rozděluje moc, která může vznikat v rámci vztahu pomáhání (poradny) nebo moc, která může být institucionálně přidělená (sociální kurátor).

Pojem pomoc můžeme chápat jako jednání, při kterém jednotlivec či skupina poskytuje adresátovi pomoc, kterou lze využít k vyřešení jeho problému (Matoušek, 2008). Jesenský, Janiš (2003, s. 82) dodávají, že *snaha pomáhat jiným překonávat překážky je*

ušlechtilá lidská vlastnost ale i profesionální vybavenost pro působení v humanitárních oblastech.

3.3 Hranice

Hranice je určitá mez či pomyslné dělítko, které odděluje dvě věci od sebe. V životě se často setkáváme s hranicemi, které jsou dobře viditelné či rozpoznatelné – zdi, ploty, zákazy aj. Avšak v našem vnitřním, duchovním světě je zaznamenání hranic leckdy velmi náročné. Matoušek (2008, s. 72) vymezuje hranici jako určitý okruh odpovědnosti klienta a profesionála, dále jako *distanci mezi klientem a pracovníkem*. Hranice můžeme vnímat jako bariéru, vůči všemu, co je vně (Kopřiva, 2013). Havrdová (1999, s. 19) doplňuje, že *musí existovat jasně stanovená hranice, za níž by „výkon“, tj. kvalita profesionální práce neměla klesnout*.

Největším problémem při pomáhání je tzv. splývání – situace, kdy pomáhající bere problémy klienta za vlastní. Kopřiva (2013, s. 78) uvádí, že tím *trpí nejen pomáhající, ale celý proces pomáhání*. Profesionálové si musí uvědomovat rozdíl mezi soucitem a empatií. Soucítění je ztotožnění se se situací. Při soucitu můžeme ztratit hranice, být rozzlobeni a pociťovat lítost v důsledku toho, co se klientovi děje. Kdežto empatie znamená představení si a procítění toho, co se ve druhém odehrává. Jsme stále sami sebou a v tom případě jsme připraveni pomáhat. (Kopřiva, 2013)

Hranice nás mají chránit – jakou hranici si ovšem vytvořit? Někteří lidé mají svou hranici uzavřenou a nepropustnou. Někteří jedinci až extrémně. V rámci výkonu povolání některé z pomáhajících profesí však taková nepropustná hranice zabraňuje rezonanci. Vhodnější variantou je hranice dobře ustanovená a polopropustná. David Boadella (1996, cit. podle Kopřiva, 2013, s. 83) říká: „Hranice se otevírají a zavírají jako brány a okna.“ (Kopřiva, 2013)

Hranice nás chrání i před manipulativním chováním ze strany klienta. Účinnou obranou proti manipulaci je asertivita. Jedná se o zdravé sebeprosazení. Asertivní člověk ví, že má právo chybovat, změnit svůj názor a nenechat se vydírat. *Asertivní dovednosti zahrnují umění odmítat, a to bez pocitu viny, (...) čelit nátlaku, přiměřeně projevovat příjemné i nepříjemné pocity*. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 56)

4 Multidisciplinární spolupráce

„Dát se dohromady je začátek, zůstat spolu je pokrok a pracovat společně je úspěch.“

Henry Ford

Termín multidisciplinární spolupráce postrádá jednotnou definici. Vycházejme z pojmu *multi-* tedy *předpona s významem mnoho* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 330). Disciplínu chápeme jako vědní obor. Termín spolupráce = *kooperace, je to návazná činnost uvnitř skupiny (...) jejíž podmínkou je akceptace společných cílů, shoda v taktice a strategii jejich dosahování a dobrá vzájemná komunikace* (Novák, Capponi, 2017). Multidisciplinární spolupráci můžeme chápat jako kooperaci více vědních oborů se stejným cílem. V literatuře se setkáváme s pojmem multidisciplinární spolupráce i multidisciplinární tým (MDT). Pstružina (2007, s. 1-2 cit. podle Kodymová, 2015) říká, že *multidisciplinární přístup tedy vyžaduje spoluúčast naprosto odlišných disciplín*. Zároveň vysvětluje pojem interdisciplinární přístup – *něco, co je mezi dvěma disciplínami a co nepokrývá žádná z nich* (tamtéž). Holasová (in Kuzníková, 2011, s. 157) říká, že MDT *přispívá ke zlepšení a podpoře zdraví klientů*.

Cílem multidisciplinární spolupráce je *dosahování pozitivních výsledků intervencí, zejména ve prospěch klientů v obtížných nebo složitých situacích* (Kodymová, 2015, s. 5). Jenom funkční a efektivní tým dokáže nalézt shodu při plánování řešení situace, problémů a potřeb klienta/pacienta (Kuzníková, Malík Holasová, 2012).

Týmy mohou být formální (oddělení, katedry), neformální (zájmová sdružení), liší se velikostí, počtem členů skupiny i specializací v oboru (Kohoutek, Štěpaník, 2000; Kolajová, 2006). Vzhledem k zaměření mé diplomové práce bych se v následujícím textu více věnovala týmům ve zdravotnictví.

4.1 Podmínky spolupráce

Matoušková a Vrabcová (in Kodymová, 2015) uvádějí rozhodnutí, které je nutno zvážit a ujasnit si před vytvořením MDT. Patří sem rozhodnutí o cíli a poslání týmu, manažerovi týmu, skladbě týmu, systému kontroly a hodnocení, kompetencích a odpovědnosti. Metodika multidisciplinárního týmu Fokusu Opava (2016) uvádí navíc i

další rozhodnutí, které je nutné zvážit: jednotlivé úvazky, četnost setkávání, pracovní místo/prostory a supervizi.

MTD je tvořen profesionály z různých oborů, kteří spolu úzce spolupracují. V MDT ve zdravotnictví jsou členové z lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků (Gutová, Martinková a Otcová, 2017). Tajanovská (in Kodymová, 2015, s. 29) doplňuje, že členové mohou být *kmenoví zaměstnanci i externí odborníci*. Schavel (in Škoda, 2007) zmiňuje důležitost svobodného rozhodnutí pro účast v týmu. Členové týmu si musí vyjasnit, co od spolupráce očekávají, jakým způsobem budou postupovat a jak budou řešit případné neshody. Musí dát i prostor pro vzájemnou diskuzi. V týmu je nutností umět dobře komunikovat, naslouchat, být schopný spolupracovat, mít schopnost řešit problémy, umět získávat a analyzovat informace. Od člena týmu jsou očekávány i určité osobnostní předpoklady – být empatický, respektovat sebe i druhé, zájem o jiné profese nebo být pokorný a trpělivý (Hrdá, 2018). Práce MDT je orientovaná na klienta, řešení jsou mu „šitá na míru“. Jednotliví členové týmu si sdílí informace o klientech/pacientech mezi sebou. Každý člen MDT má svou roli, některý člen může mít rolí více. Odpovědnost za naplňování cílů nesou členové společně. Spolupráce členů MDT umožňuje spojovat vědomosti, dovednosti a zkušenosti a poskytovat tak rodinám právě takovou komplexní pomoc, jakou jejich situace vyžaduje (Metodika multidisciplinární spolupráce, 2015, s. 4). Šamánková (2006, s. 30) dodává, že *v týmu by měl převažovat partnerský přístup spolupráce*. (Bechyňová, Konvičková, 2008; Tajanovská in Kodymová, 2015; Hrdá, 2018)

MTD by měl mít možnost se pravidelně scházet, plánovat a konzultovat intervence. Za vhodného vedoucího MDT je považován sociální pracovník nebo sestra. Je důležité myslet i na zastupitelnost – od každé profese by v týmu neměl být jen jeden člen (Štruma at al., 2016). Fokus Opava (2016) uvádí, že *zastupitelnost je nutno řešit na základě konkrétních činností, ne jen z hlediska pracovních pozic*.

4.2 Úkoly a cíle jednotlivých profesí v MDT

Ve zdravotnických týmech je mnoho profesí, které jsou součástí MDT. Tito členové mohou být pochopitelně ve více MDT najednou. Pro příklad Ústřední vojenská nemocnice Praha (ÚVN Praha) má více než 10 MDT – mezi nimi např. tým pro kontrolu nemocničních infekcí, nemocniční nutriční tým, skupina pro bazální stimulaci a další (Hlavičková, 2013).

MDT se zabývá konkrétní problematikou, proto se vybírají členové týmu, kteří mohou svou odborností přispět. V každém týmu nemusíme najít všechny profese. Příkladem může být multidisciplinární tým – neurorehabilitace v ÚVN Praha. Tento tým tvoří 13 profesí – chybí psychiatr, klinický psycholog, kaplan aj. (Hlavičková, 2013). Šamánková (2006) uvádí profese, které se vyskytují v MDT: lékaři a farmaceuti, sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé a ošetřovatelky, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotně sociální pracovníci a psychologové. Gutová, Martinková a Otcová (2017) doplňují výčet o nutriční terapeutky a kaplany.

Níže jsou uvedeny úkoly jednotlivých profesí v MDT. Výčet není kompletní, pro stručnost jsou vypsány pouze některé úkoly a činnosti. Vycházím z literatury Fokusu – Opava, 2016 a nařízení vlády č. 222/2010 Sb. o katalogu prací ve veřejných službách a správě:

- lékař

- lékařská prohlídka
- diagnostika
- zdravotnické výkony
- léčebná a rehabilitační péče
- poradenská činnost
- hodnocení a řízení zdravotních rizik
- hodnocení zdravotního stavu a jeho důsledků
- lékařská posudková a revizní činnost
- **psychiatr**
 - diagnostika a farmakoterapie
 - komplexní, cílené nebo kontrolní vyšetření psychiatrem
 - emergentní psychoterapie
 - psychoterapie systematická individuální nebo rodinná
 - psychoterapie skupinová
 - preventivní intervence a dálková kontrola u psychóz

- psycholog ve zdravotnictví, klinický psycholog

- komplexní, cílené nebo kontrolní psychologické vyšetření
- krizová intervence
- psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem

- stanovení léčebných postupů a intervencí v rámci své profese
- provádění psychoterapie, socioterapie a resocializace psychických funkcí
- provádění posudkové a konsiliární činnosti

- všeobecná sestra

- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacienta
- plánuje a poskytuje ošetrovatelskou péči
- psychoterapeutická podpora
- poradenská činnost v oblasti prevence
- organizuje a koordinuje činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků
- zajišťuje mezioborovou spolupráci

- ergoterapeut

- vyšetření ergoterapeutem při zahájení ergoterapie
- individuální ergoterapie základní
- individuální ergoterapie využitím dílen
- hodnocení a nácvik běžných aktivit
- vypracovávání ergoterapeutických analýz
- hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit pacienta/klienta

- fyzioterapeut

- provádí vstupního a kontrolního fyzioterapeutického vyšetření
- stanovení fyzioterapeutického plánu
- diagnostika funkčních poruch pohybového systému
- analýza běžných denních aktivit

- sociální pracovník

- sociální šetření
- zabezpečení sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče
- řešení sociálně – právních problémů
- sociálně právní poradenství, sociální poradenství a sociální rehabilitace
- depistážní činnost

- poskytování krizové pomoci
- mobilizace sociálních zdrojů
- poskytování krizové intervence
- zajišťování spolupráce s dalšími institucemi, orgány, obcemi aj.

- zdravotně sociální pracovník - činnosti sociálního pracovníka doplněné o:

- monitorování a vyhodnocování potřeb pacienta/klienta podle údajů ve zdravotnické dokumentaci
- vedení terapeutických komunit
- realizace rehabilitačních, resocializačních a rekondičních pobytů
- hodnocení biopsychosociálního stavu pacienta/klienta s využitím údajů ze zdravotnické dokumentace a navrhování následné péče

- pracovník v sociálních službách

- přímá obslužná péče o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních
- pomoc při osobní hygieně
- podpora soběstačnosti
- provádění volnočasových aktivit
- posilování životní aktivizace

- sanitář

- péče o hygienu prostředí
- doprovod pacientů/klientů na příslušná oddělení
- poskytování základní ošetrovatelské péče (hygienická péče, polohování pacientů/klientů)

4.3 Role zdravotně sociálního pracovníka v MDT

Kuzníková a Malík Holasová (2012) se domnívají, že přítomnosti zdravotně sociálního pracovníka v MDT je značnou výhodou na cestě k řešení případu klienta/pacienta. Zdravotně sociální pracovník má oproti jiným členům týmu daleko více informací o klientovi/pacientovi. Zná jeho historii, rodinný a pracovní život, může být informován o vztazích v rodině a příbuzenstvu, je schopen posoudit, zda následná péče po propuštění bude možná v domácím prostředí. Zdravotně sociální pracovník spolupracuje

nejen se členy MDT, ale také se státními institucemi, nejrozličnějšími organizacemi a také s rodinou. (Janečková in Matoušek at. al., 2005; Kuzníková, Malík Holasová, 2012)

Tajanovská (in Kodymová, 2015) říká, že sociální pracovník má předpoklady pro úspěšnou koordinaci MDT. Jeho osobností předpoklady, schopnosti a dovednosti jsou klíčovými kompetencemi pro vedení týmu. Jako vedoucí týmu mají za úkol kontrolovat, zda některý člen se nesnaží mít vyšší postavení, rozvíjí komunikaci, pomáhá členům růst a snaží se udržovat dobré vztahy.

V rámci schématu tzv. kruhové podpory – sociální pracovník na straně dítěte (klienta)⁵ se sociální pracovník dostává do jakési role „ombudsmana“ klientů. Sociální pracovníci jsou tedy prostředníky rodičů/klientů, kteří hájí zájmy dětí/klientů v rámci MDT a jsou „na jejich straně“. (Jankovský in Kodymová, 2015)

Přesto, že zdravotně sociální pracovníci jsou členy MDT a velmi usilovně pracují s klienty/pacienty, bývá jejich práce *stále ostatními zdravotníky nedoceňována* (Kuzníková, 2011, s. 23). I to je důvod, proč sociální pracovníci jako vedoucí týmu dohlížejí na to, zda se někdo ze členů *nesnaží potlačovat roli sociální práce v týmu* (Kodymová, 2015, s. 47).

4.4 Výhody a nevýhody práce v týmu

Práce v týmu přináší jednoznačně velká pozitiva, ale na druhou stranu s sebou nese i některá negativa. Do výhod práce v týmu jednoznačně patří zlepšení pracovních metod a postupů, zvyšuje se kvalita práce, zlepšuje se efekt pomoci (Schavel in Škoda, 2007). Dále je to jednotná dokumentace, eliminují se chyby jednotlivců, sdílejí se zkušenosti, členové jsou více motivováni, urychluje se postup řešení případu a další. Kolajová (2006) doplňuje výčet o budování mezilidských vztahů, příjemnější pracovní atmosféru nebo zvyšování sebevědomí členů týmu. (Kolajová, 2006; Horváthová, 2008)

Mezi nevýhody práce v týmu můžeme zařadit časovou náročnost, nepřijetí vedoucího týmu/koordinátora, hrozba možných konfliktů, „lidský faktor“ (různé osobnosti, chování, postoje). Protopopová (2017) uvádí jako negativum nedostatečné sdílení znalostí. (Kolajová, 2006)

⁵ Kruhová podpora – sociální pracovník na straně dítěte (klienta) – schéma autora Wohlgemutha, které znázorňuje vzájemnou spolupráci v MDT a významné posílení postavení sociálního pracovníka. (Jankovský in Kodymová, 2015)

5 Prestiž sociální práce

Termínem prestiž rozumíme *vážnost, kterou jedinec požívá v určité společnosti* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 450), *dobré jméno či veřejně a společensky uznávaný vliv (...)* (Petrusek, 2018). Kapr (in Machonin a kol., 1969, s. 740) chápe prestiž jako *určitý způsob pozitivního hodnocení, ocenění, úcty (...)*. Jesenský, Janiš (2004, s. 88) doplňují, že *prestiž je výsledkem hodnotových postojů posuzovatelů*. Pro vyjádření opaku prestiže můžeme používat pojem "*nízký prestiž*" (Kapr in Machonin a kol., 1969).

Hartl, Hartlová (2000, s. 562) uvádějí, že *hovorové synonymum prestiže* je sociální status. S tím se úplně neztotožňuje Sedláková (2014, s. 136), která nedává mezi tyto dva termíny rovnítko, ale považuje status za *vyjádření míry prestiže*.

Jaká je prestiž sociální práce v České republice? Začněme rovnou od legislativního rámce. Zákon, který by uznal sociální práci jako svébytnou profesi a umožnil tak vznik profesní komory sociálních pracovníků, v České republice chybí. Sociální pracovníci na přijetí stále čekají. Senátorka Miluše Horská (in Davidová, 2018) v diskuzi o zákonu o sociální práci řekla:

„Sociální pracovníci jsou i po necelých 30 letech našeho demokratického vývoje v postavení, které není důstojné. To se projevuje také ve finančním hodnocení sociálních pracovníků, které vůbec neodpovídá náročnosti práce. Přitom právě sociální práce usiluje o zlepšování kvality života lidí a rozvíjení potenciálu každého jednotlivce, skupin, společenství. A proto sociální pracovníci zaslouží ocenění. Zatím totiž zdaleka docenění nejsou.“

Mimo jiné i řada dalších autorů jako Šabatová (2017), Ningerová (2015), Krejčová (2018), Hotová (2019) nebo Kocandová (2017) se shodují, že sociální práce je těžká, ale nedoceněná.

Z pohledu veřejnosti profese sociální práce také není příliš ceněná. Zuzana Ningerová (2015), sociální pracovnice Úřadu práce ČR, uvádí, že na sociálních šetřeních nejsou *téměř nikdy považováni za odborníky*. Klienti a jejich rodina očekávají od pracovníka přiznání dávky a nejlépe ten nejvyšší stupeň závislosti. Jako by snad byli přesvědčeni o tom, že přiznávání dávek je automatickou povinností sociálních pracovníků po přijetí žádosti. Že sociální šetření v místě bydliště není potřeba absolvovat – zde autorka upozorňuje na neshody, ke kterým může docházet (urážky, silné výrazy, zesměšňování apod.). (Ningerová, 2015)

Jiný příklad názoru na sociální pracovníky z pohledu veřejnosti uvádí Guggenbühl – Craig (2007, s. 18): „*Ti lidé mají prostě radost, když se můžou do všeho míchat a všem kolem sebe poroučet.*“

Výzkumy české veřejnosti zaměřující se na prestiž, pohled a názor respondentů na sociální práci a sociální pracovníky nepřinášejí příliš pozitivní výsledky. Nabízím výzkum Kudlové (2017), který byl proveden rozhovory se čtyřmi zainteresovanými jedinci z veřejnosti. Respondenti vypověděli o sociální práci, že:

- „*Ta práce nemá moc dobrou prestiž. No „socka“ je buď sociální případ, nebo teda sociální pracovník, kterej má špatnej plat, dělá, v podstatě dře (...).*“;
- „*...že to vyplývá celkově z té atmosféry ve společnosti.*“;
- „*Je to strašně špatně ohodnocená práce. (...) Každý si myslí, že sociální pracovník je ten, kdo dělá s nějakou nižší sortou lidí. Buď to jsou postižení, nebo to jsou bezdomovci, nebo to jsou děti v dětských domovech, nebo národnostní menšiny a tak.*“;
- „*lidé se na ni spíše dívají s despektem, a když se někdo ptá, kde pracuju a člověk to řekne, tak lidé se dívají trošku s despektem „jak můžeš dělat takovou práci, jak můžeš dělat s takovými lidmi“;*
- „*Myslím si, že 50 % lidí bych řekl, že už to oceňuje. Určitě. Protože pomáhají, protože už to zažili, mají blízkého, příbuzného nebo kamaráda a vidí...*“ (Kudlová, 2017, s. 38 - 39)

Dalšímu výzkumu se věnovala Dragomirecká (2018), která zkoumala prestiž sociální práce očima veřejnosti. Z výsledků je patrné, že sociální pracovník obsadil 6., předposlední, příčku. V čele tabulky se umístili lékaři (1.), zdravotní sestry (2.) a psychologové (3.), hůře než sociální pracovník byla hodnocena profese ošetřovatele.

5.1 Prestiž sociální práce v zahraničí

Výzkum Weiss-Gal a Welbourne (2008) srovnává profesionální sociální práci v deseti zemích – Chile, Indie, Jižní Afrika, Maďarsko, Mexiko, Německo, Španělsko, Švédsko, Velká Británie a USA. Podle výzkumu není prestiž profese sociální práce v těchto zemích příliš vysoká. V polovině zkoumaných zemí je status profese *zvláště nízký ve srovnání s ostatními pomáhajícími profesemi* (Weiss-Gal a Welbourne, 2008, s. 288). I finanční ohodnocení sociálních pracovníků je ve většině zkoumaných zemí obecně nižší než platy v jiných pomáhajících profesích. (Weiss-Gal a Welbourne, 2008)

Americký výzkum z roku 2004 uvádí hodnotu prestiže sociálního pracovníka na 3. místě (60,8 %). Tím tato profese předběhla poradce (58,3 %), psychology (44,5 %) a psychiatry (41,9 %). Na prvních dvou příčkách se umístily zdravotní sestry (89,8 %) a duchovní (67,7 %). (LeCroy, Stinson, 2004)

V Litvě proběhl v roce 2009 výzkum prestiže povolání. Respondenti měli za úkol seřadit profese pomocí pěti bodové škály od profese s nejvyšší prestiží, po profesi s nejnižší prestiží. Sociální pracovníci se umístili na 44. místě z celkových 66 profesí. Na nejvyšších příčkách se umístili specialisté v medicíně, soudci nejvyšších soudů a advokáti. Horší pozici získali např. zdravotní sestry (50. místo) Varzinskiene (2009)

Skotská studie z roku 2005 přináší výsledky výzkumu s více než 1 000 respondenty. Ti vnímají sociální pracovníky mnohem pozitivněji (43 %), než negativněji (24 %) (Davidson and King, 2005).

5.2 Sociální práce v médiích

Považuji za zajímavé zmínit profesi sociální práce v médiích. Média jsou *prostředky komunikace* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 305). Spojují místo, kde se něco děje s jedinci, kteří zprávu přijímají. V praxi jde o tisk, televizi, rádio, sociální síť, elektronická média (Rybář, 2014). Média mají velký význam. Pracovníci médií rozhodují o důležitosti zpráv, významu zpráv, o formě podání informace atd. Velkým nebezpečím však je, že příjemci informací mají často tendenci sdělení *považovat za reálný obraz události* (Šveřepa, 2005). Mnoho jedinců se za celý život nedostanou do kontaktu se sociálním pracovníkem a představu o jeho práci si tak utvářejí právě z médií. (Rybář, 2014).

Z výsledků výzkumu Šveřepy (2005), který je zaměřený na obraz sociální práce v českých médiích (články ze tří vybraných deníků v období září – listopad 2003), je patrné, že média se nejčastěji zajímaly o oblast sociálně právní ochrany dětí. Autor zjistil, že ve zkoumaných člancích se sociální pracovníci objevovali v roli *účastníků události*, kdy udělali záslužnou činnost a byli hodnoceni *neutrálně či spíše pozitivně*. Ovšem *přímé hodnocení činnosti sociálních pracovníků vyznívá negativně (...) až velmi negativně* (pracovní činnost pracovníka na úřadu práce).

Za zmínku stojí i pohled na média pohledem samotných sociálních pracovníků. Výzkum Kroupové (2015) zjistil, že sociální pracovníci vnímají prezentaci své profese v médiích z 51 % neutrálně a 43 % negativně. Pouhá 3 % respondentů si myslí, že sociální práce je v médiích prezentována pozitivně.

V zahraničí se sociální pracovníci potýkají spíše s negativním mediálním obrazem. Příkladem může být Velká Británie, kde se média usilovně věnují špatným zprávám, ale na ty dobré se zapomíná. Britská média se nejčastěji věnují dětské problematice. Autoři Franklin a Parton (1991 cit. podle Šveřepa, 2005) se domnívají, že *smrt jednoho dítěte připoutá mediální pozornost mnohem pravděpodobněji, než úspěšná péče o tisíc jiných* (Šveřepa, 2005).

Druhý příklad nabízí Gibelman (2004 cit. podle Olin, 2013), která zkoumala tři televizní kanály v období let 1990 – 2000. Postavy sociálních pracovníků podle autorky nereflektovaly vzdělání v oblasti sociální práce, etika byla diskutabilní a celkově byli znázorňováni jako nevzdělaní a směšní.

Praktická část

6 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak pomáhající profese v nemocnicích vnímají sociální práci, jaký názor mají na tuto profesi a sociálního pracovníka. Praktická část zkoumá i dílčí cíle, které zjišťovaly povědomí o náplni práce zdravotně sociálního pracovníka; vzdělání nutné k výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka; vlastnosti, které by měl mít; intenzitu kontaktu se sociálními pracovníky; společenskou hodnotu tohoto povolání, a zda délka praxe ve zdravotnictví ovlivňuje názor pracovníků na tuto profesi.

Cílovou skupinou mého výzkumu se staly všechny pomáhající profese, které pracují v nemocnicích. Svoje výzkumné šetření jsem zaměřila na profesionály, kteří by měli mít o profesi sociální práce povědomí. Výsledky jsem v závěru srovnala s výsledky jiných výzkumů, zaměřených na názor veřejnosti.

Pro výzkumné šetření a naplnění těchto cílů jsem si stanovila dvě výzkumné otázky:

VO1: Jak pomáhající profese vnímají sociální práci jako profesi?

VO2: Jaký mají pomáhající profese názor na sociální pracovníky?

6.1 Výzkumné předpoklady

V rámci přípravy výzkumného šetření jsem si stanovila následující výzkumné předpoklady:

VP1: Lékařské profese budou vnímat jako důležité vysokoškolské vzdělání u sociálních pracovníků.

VP2: Více pracovníků pomáhajících profesí s delší praxí ve zdravotnictví změnilo v průběhu let své praxe pohled na sociální práci oproti pracovníkům s kratší praxí ve zdravotnictví.

VP3: Pomáhající profese, které jsou v kontaktu se sociálními pracovníky častěji (téměř denně či 1x-2x za týden), budou zastávat názor, že sociální pracovníci by měli být součástí multidisciplinárního týmu.

VP4: Pomáhající profese, kterým se v průběhu jejich praxe ve zdravotnictví změnil pohled na sociální práci, budou vnímat jako důležité, aby sociální pracovník měl vysokoškolské vzdělání.

7 Metodologie výzkumného šetření

V začátku této kapitoly bych chtěla zdůraznit, že výzkum probíhal v nemocnicích na území hlavního města Prahy. Pro výzkumné šetření k mé diplomové práci jsem zvolila kvantitativní výzkum. Důvodem bylo hned několik předností tohoto druhu výzkumu jako např. rychlý sběr informací, eliminace ovlivnění dat výzkumníkem, oslovení více respondentů aj. (Disman, 2002).

Při zamýšlení nad provedením výzkumu se spíše nabízela možnost kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů. Ale s přihlédnutím na čas, který by mi musel každý respondent věnovat a také obavy z nepravdivých a zkreslených odpovědí, mě přiměli přiklonit se ke kvantitativnímu výzkumu.

Výběr respondentů probíhal pomocí předem stanovených kritérií, která byla zároveň kontrolována ve výzkumném šetření formou vyplnění demografických údajů:

- povolání pomáhající profese ve zdravotnictví
- výkon práce v nemocnici
- nemocnice na území hlavního města Prahy

Sběr dat probíhal pomocí písemného dotazníkového šetření (viz. Příloha 2) v pěti pražských nemocnicích. Jednalo se o Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Fakultní nemocnici v Motole, Thomayerovu nemocnici, Nemocnici na Bulovce a Nemocnici na Homolce. Výzkumné šetření probíhalo od května do července 2019. Dotazník je zcela anonymní. Jeho vyplnění zabere přibližně 6-10 minut (dle odpovědí respondentů v rámci před-výzkumu). Skládá se celkem ze šestnácti otázek, z toho sedm otázek zjišťuje demografické údaje. Dotazník obsahuje šest otevřených otázek a deset uzavřených otázek. Uzavřené otázky můžeme dále rozdělit – 1x škála pořadí, 1x výčtový, 2x dichotomický, 2x trichotomický a 4x výběrový typ otázky.

Aby se mé dotazníky dostaly k respondentům, potřebovala jsem v každé nemocnici zkontaktovat jednoho nebo i někde více „prostředníků“. Jednalo se o vedoucí pracovníky sociálního oddělení, zdravotně sociální pracovníky, vrchní sestry, všeobecnou sestru a pracovníci na sekretariátu primáře. Ve dvou nemocnicích mi stačil jen jeden pracovník, který rozdal/rozposlal dotazníky kolegům. V ostatních třech nemocnicích jsem pracovníky kontaktovala telefonicky se žádostí o realizaci dotazníkového šetření. V mnoha případech mé žádosti nevyhověli. Kontaktovala jsem proto více pracovníků a telefonovala jsem na

téměř všechna oddělení a kliniky. Výsledkem bylo, že jsem se na některých odděleních a klinikách domluvila na schůzce. Na setkání jsem vysvětlila cíle mého výzkumného šetření a domluvili jsme se na formě dotazníků k vyplnění. Některá oddělení a kliniky si přály obdržet dotazníky v tištěné formě, jiné v elektronické. Elektronický dotazník byl vytvořen na online platformě www.survio.cz. Elektronická forma dotazníku byla umístěna pracovníkem nemocnice na intranet nebo zaslána na služební e-mail.

Před zahájením výzkumného šetření jsem požádala tři osoby, zdravotníky, o vyplnění dotazníku. Mým záměrem před-výzkumu bylo zjistit, zda respondenti rozuměli otázkám, zda jim chyběla nějaká odpověď, kolik potřebovali času na vyplnění a zda by měli jinou připomínku k dotazníku. Odpovědi těchto tří respondentů jsem do výzkumného šetření nezařazovala.

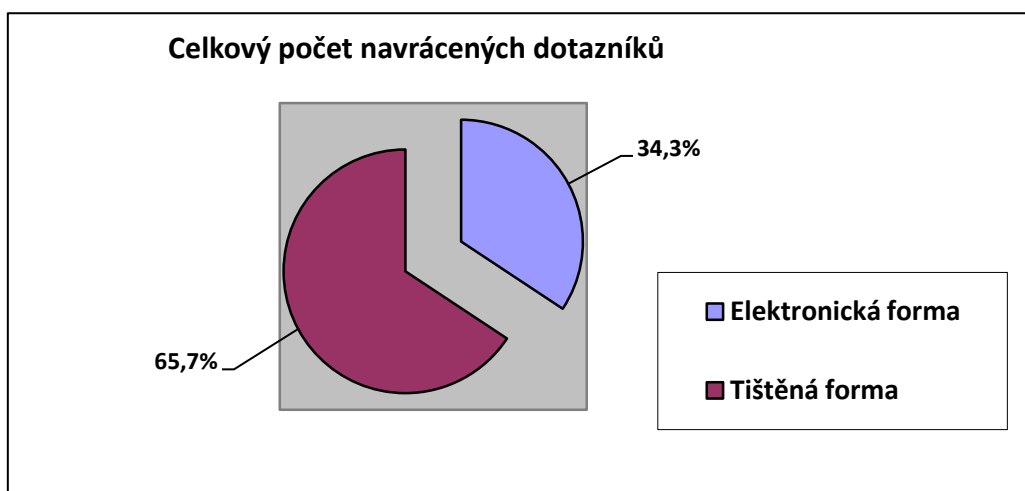
8 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek má reprezentovat cílovou populaci, tedy pomáhající profese pracující v nemocnicích na území hlavního města Prahy. Výběrový vzorek tvoří ženy a muži splňující předem stanovená kritéria (povolání pomáhající profese ve zdravotnictví, výkon práce v nemocnici, nemocnice na území hlavního města Prahy). Nelze vyloučit, že k dotazníku mohli mít přístup i pracovníci, které za pomáhající profese nepokládáme (IT pracovníci, administrativní pracovníci apod.). Proto jsem výše uvedená kritéria ověřovala v dotazníku skrze demografické údaje. V případě, kdy respondent dle vyplněných údajů nesplňoval stanovená kritéria, byl dotazník vyřazen. Počet vyřazených dotazníků byl 18.

Všichni respondenti byli informováni o výzkumníkovi několika základními informacemi, jeho zamýšleném cíli výzkumného šetření i o anonymitě dotazníků pomocí průvodního sdělení, které bylo k dotazníku přiloženo (viz. Příloha 2). Na závěr nechybělo poděkování respondentům za jejich dobrovolnou spolupráci a e-mailový kontakt na výzkumníka pro případné dotazy a připomínky.

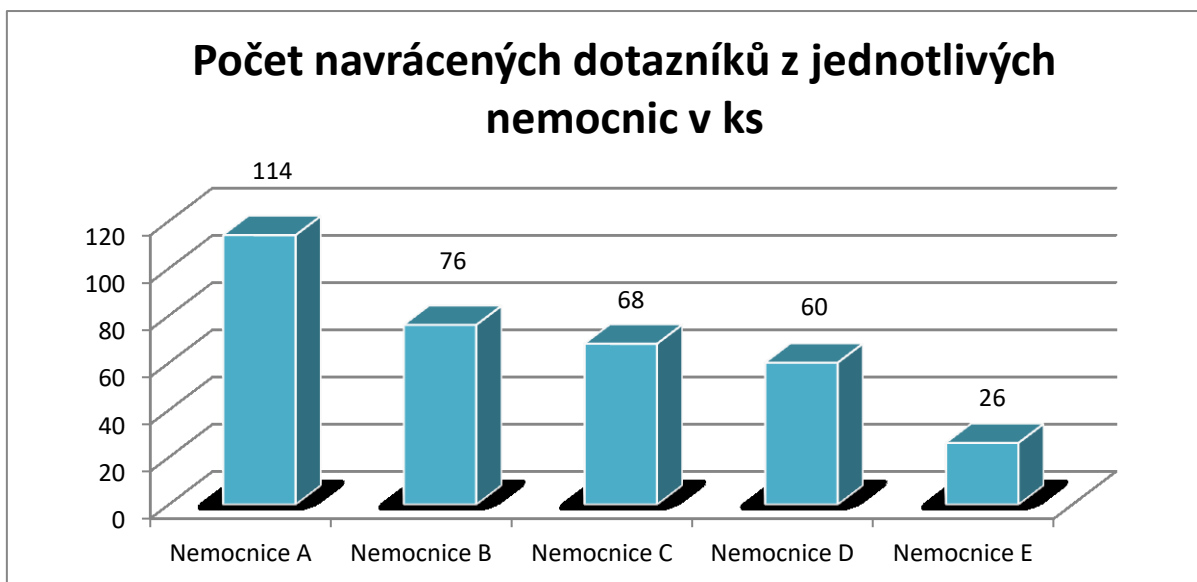
Návratnost dotazníků je nutno rozdělit do dvou skupin. Počet vrácených dotazníků v tištěné podobě je 226 ks z 800 ks doručených na kliniky a oddělení. Procentuální návratnost u tištěných dotazníků je tedy 28,3 %. V elektronické formě se vrátilo 118 dotazníků. Vzhledem k tomu, že tyto dotazníky byly umístěny na intranet a posílány hromadnými e-maily, nelze zjistit kolik potenciálních respondentů bylo těmito způsoby osloveno. Celkový počet vyplněných dotazníků je 344, tedy 65,7 % v tištěné formě a 34,3 % ve formě elektronické, jak znázorňuje graf 1.

Graf 1: Celkový počet navracených dotazníků



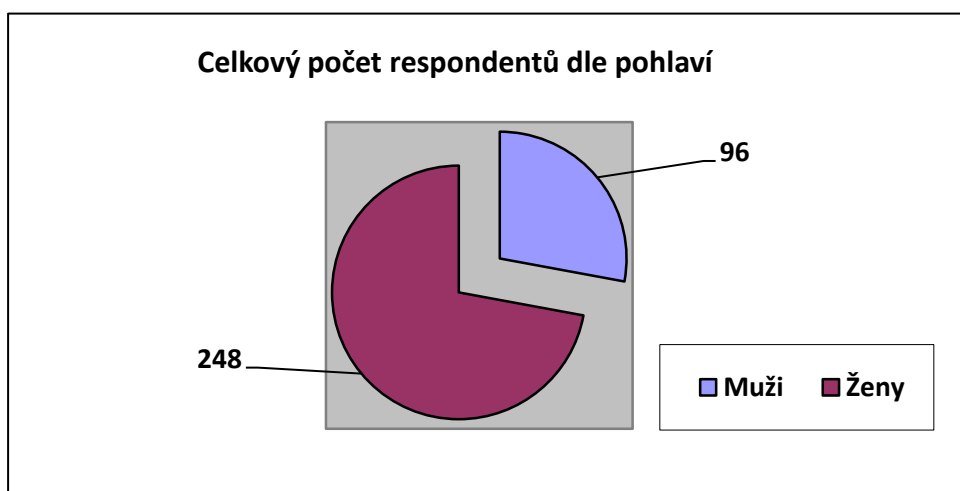
Graf 2 znázorňuje počet navrácených dotazníků z jednotlivých nemocnic. Je patrné, že v nemocnicích, ve kterých jsem získala „prostředníka“ se zájmem o realizaci mého výzkumného šetření (nemocnice A, B, C a D), vyplnilo dotazník daleko více respondentů než v nemocnici téměř bez zájmu o výzkum (nemocnice E).

Graf 2: Počet navrácených dotazníků z jednotlivých nemocnic (v ks)



Celkový počet respondentů, kteří se účastnili výzkumného šetření, je 344. Dotazník vyplnilo 248 žen a 96 mužů. Výzkumu se zúčastnilo mnohem více zástupkyň ženské populace, a to 72,1 % ku 27,9 % mužů. Průměrný věk respondentů je 37 let a věkové rozmezí od 22 do 58 let.

Graf 3: Celkový počet respondentů dle pohlaví



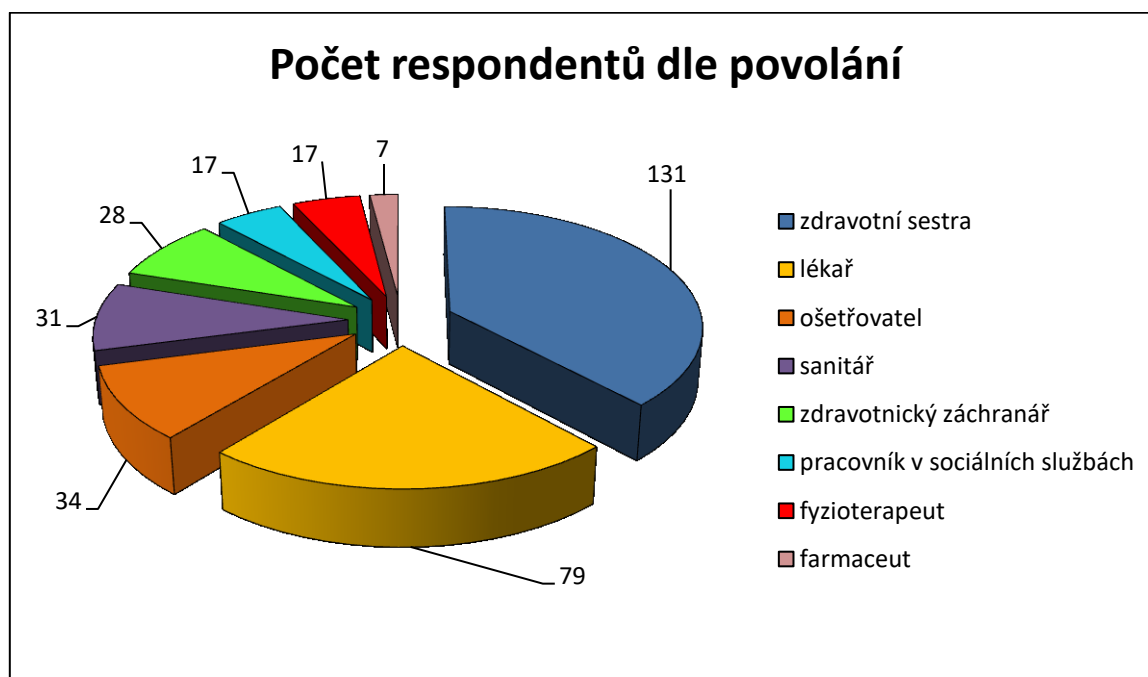
Tabulka 2 uvádí počet vyplněných dotazníků dle pohlaví respondentů a zároveň dle formy dotazníku, ve které ho obdrželi.

Tab. 2: Počet dotazníků v ks dle pohlaví respondentů a dle formy dotazníků

	Muži	Ženy	Celkem
tištěná forma	75	151	226
elektronická forma	21	97	118
Celkem	96	248	344

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem osm pomáhajících profesí pracujících v nemocnici. Graf 4 znázorňuje počty respondentů dle jejich povolání:

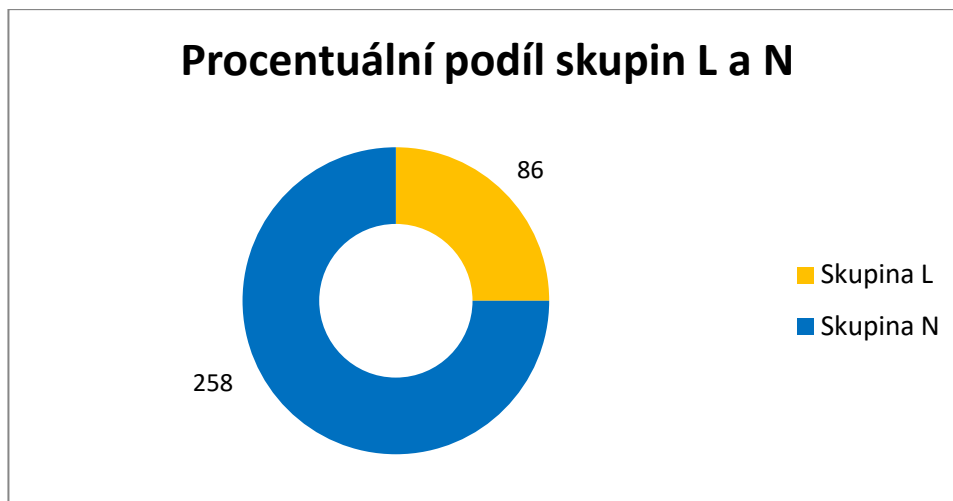
Graf 4: Počet respondentů dle pohlaví



Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány celkově, to znamená, že výsledky obsahují odpovědi všech respondentů. Ovšem u některých otázek bylo přínosnější využít porovnávání různých skupin. Vytvořila jsem tedy skupiny, které jsem vzájemně srovnávala:

- **Skupina L** – lékařské profese (lékař, farmaceut)
- **Skupina N** – nelékařské profese (zdravotní sestra, zdravotnický záchranář, fyzioterapeut, ošetřovatel, pracovník v sociálních službách, sanitář)

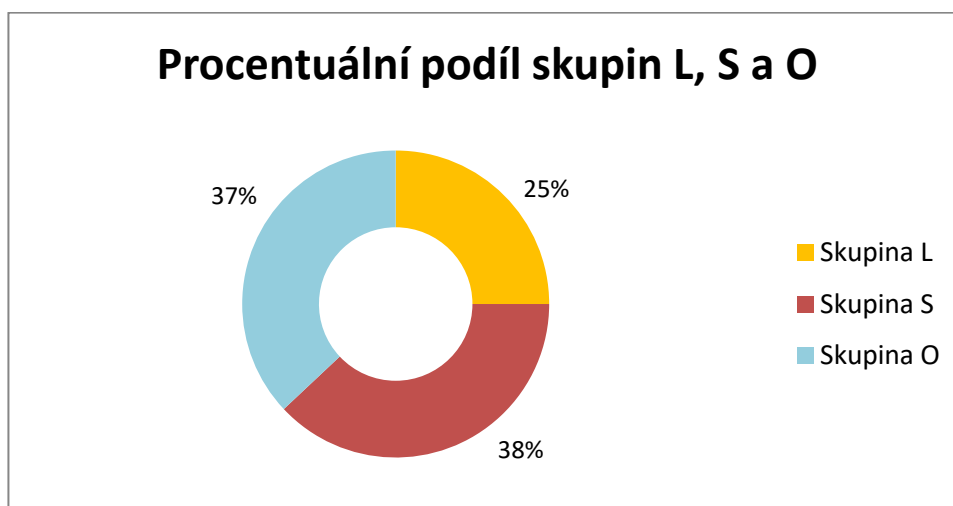
Graf 5: Procentuální podíl skupin L a N



Některé otázky si však vyžádaly větší porovnání. Z výsledků jsme obdrželi zajímavější informace, jestliže jsme skupinu N ještě rozdělili. Vzniklo proto rozdělení na tři skupiny, které byly mezi sebou dále porovnávány:

- **Skupina L** - lékařské profese (lékař, farmaceut)
- **Skupina S** – zdravotní sestry
- **Skupina O** – ostatní (zdravotnický záchranář, fyzioterapeut, ošetřovatel, pracovník v sociálních službách, sanitář)

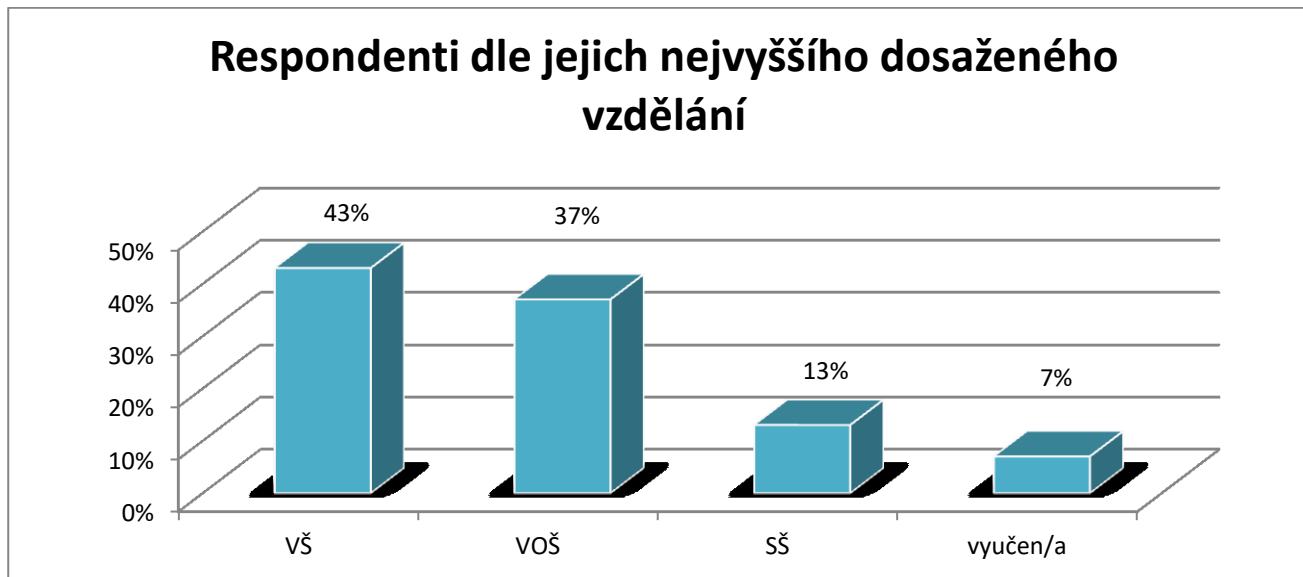
Graf 6: Procentuální podíl skupin L, S a O



Při vyhodnocování jedné otázky jsem obě tato rozdělení nikdy nepoužila najednou. Vždy jsem porovnávala buď skupinu L se skupinou N, nebo se porovnávání týkalo skupiny L se skupinou S a skupinou O.

Graf 7 uvádí procentuální počet respondentů podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.

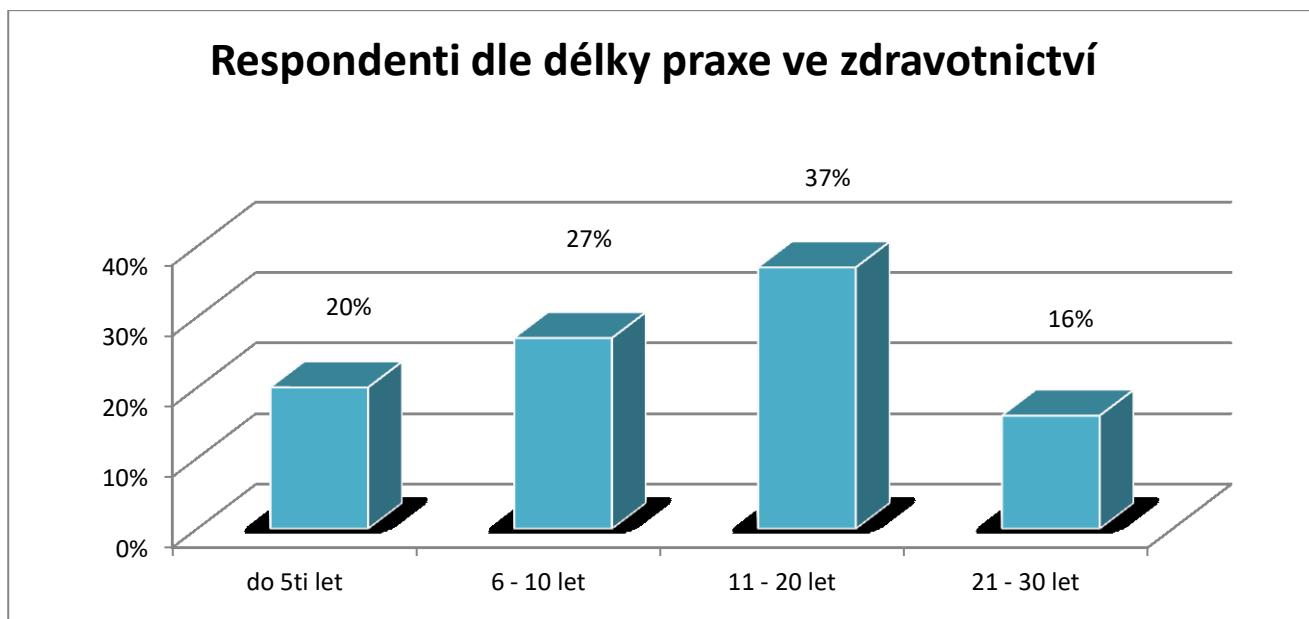
Graf 7: Respondenti dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání



Výsledky ukazují, že výsledný soubor tvořilo 43% vysokoškolsky vzdělaných respondentů, 37 % dotazovaných mělo vzdělání na VOŠ, 13 % respondentů uvedli středoškolské vzdělání jako nejvyšší dosažené a 7 % bylo vyučeno. Pokud víme, že lékařské profese musí mít vysokoškolské vzdělání (86 respondentů), lehce dopočítáme, že dalších 62 respondentů z nelékařských profesí má také vzdělání na vysoké škole.

Otázka č. 15 zjišťovala, jakou mají respondenti délku praxe ve zdravotnictví. Otázka byla otevřená, takže respondenti odpovídali konkrétním číslem. Pro potřeby výzkumu jsem odpovědi rozřadila do patřičných kategorií. Graf 8 zobrazuje počet dotazovaných podle délky jejich praxe ve zdravotnictví.

Graf 8: Respondenti dle délky praxe ve zdravotnictví

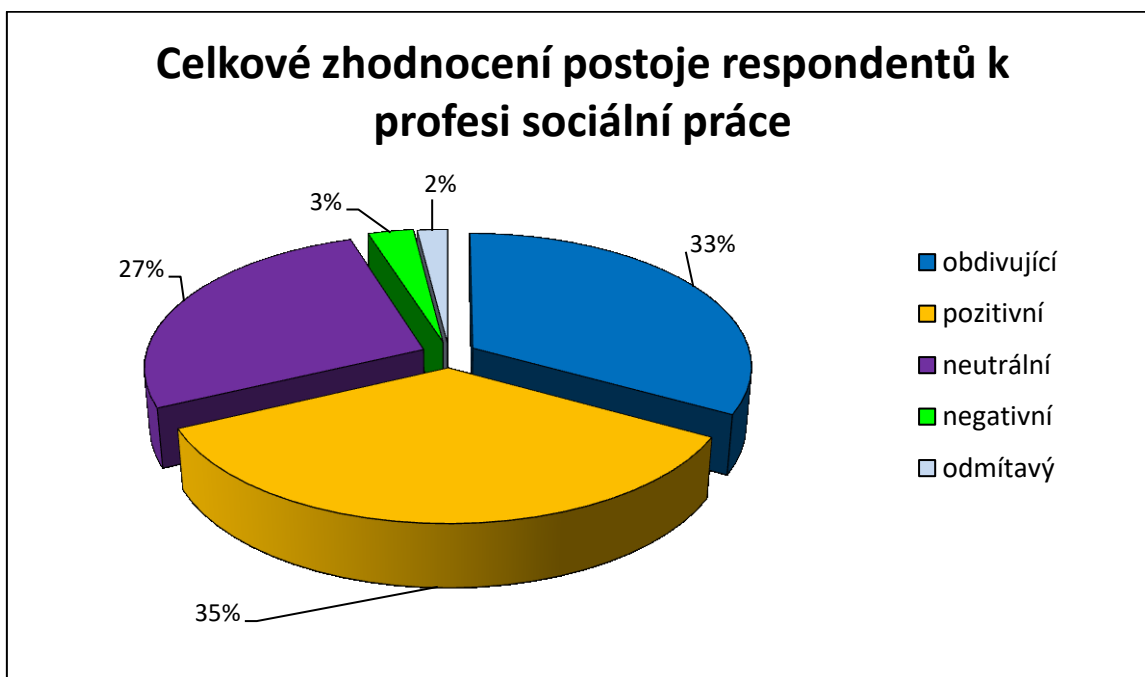


9 Analýza výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo vyhodnocováno pomocí tabulek a grafů. Zvolila jsem jednotný postup u všech otázek: nejprve je uvedena otázka, na kterou respondenti měli odpovídat, následuje tabulkové či grafické znázornění a na závěr popis výsledků. Vyhodnocování některých otázek si vyžádalo znázornění pomocí více grafů. Jak již bylo zmíněno, výsledky otázek budou porovnávány mezi výše uvedenými skupinami L a N, případně skupinami L, S a O.

Otázka č. 1, výběrového typu, zjišťovala postoj respondentů k sociální práci jako profesi. Na výběr bylo z pěti možností odpovědi, případně se respondent mohl vyjádřit jinak (možnost „jiné“). Výsledky jsem porovnávala mezi skupinami L, S a O.

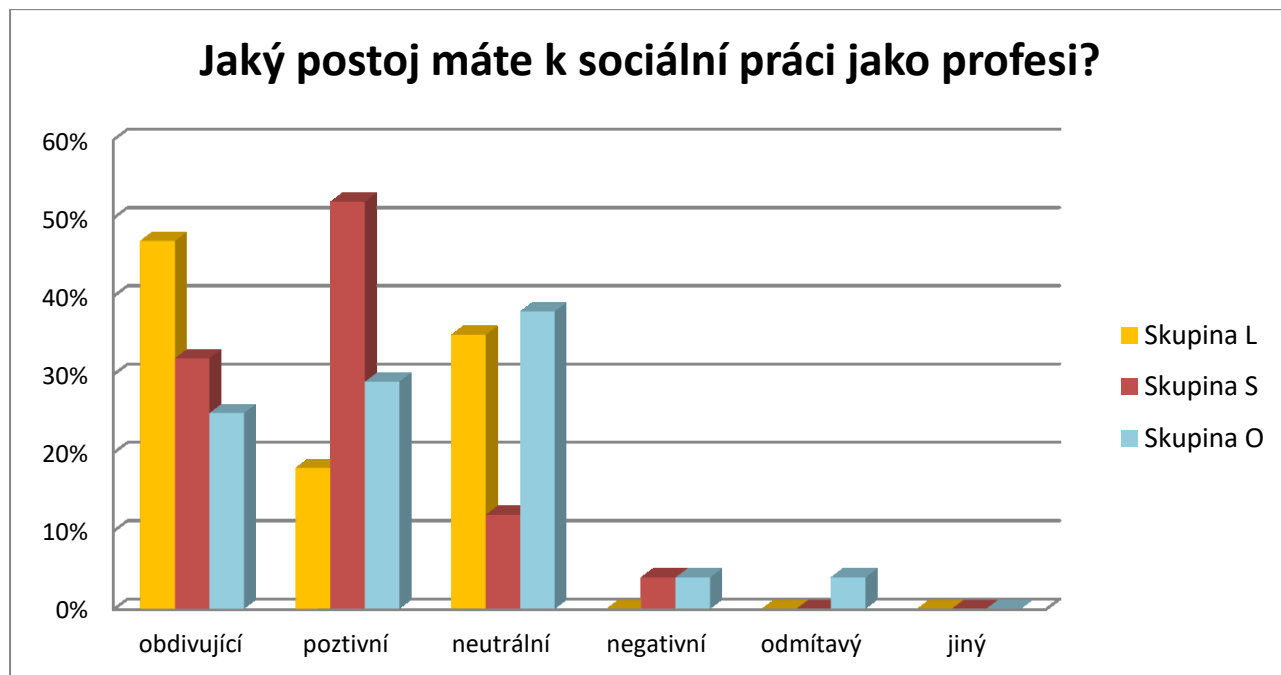
Graf 9: Celkové zhodnocení postoje respondentů k profesi sociální práce



Výsledky jsou velmi kladné. Více než třetina respondentů zastává k profesi sociální práce pozitivní postoj, další třetina se hlásí dokonce k obdivujícímu postoji. Skutečně jen malé procento respondentů označilo svůj postoj jako negativní nebo odmítavý.

Jaké postoje mají však respondenti v rámci svých profesí? V grafu 10 jsem porovnávala odpovědi mezi skupinami L, S a O.

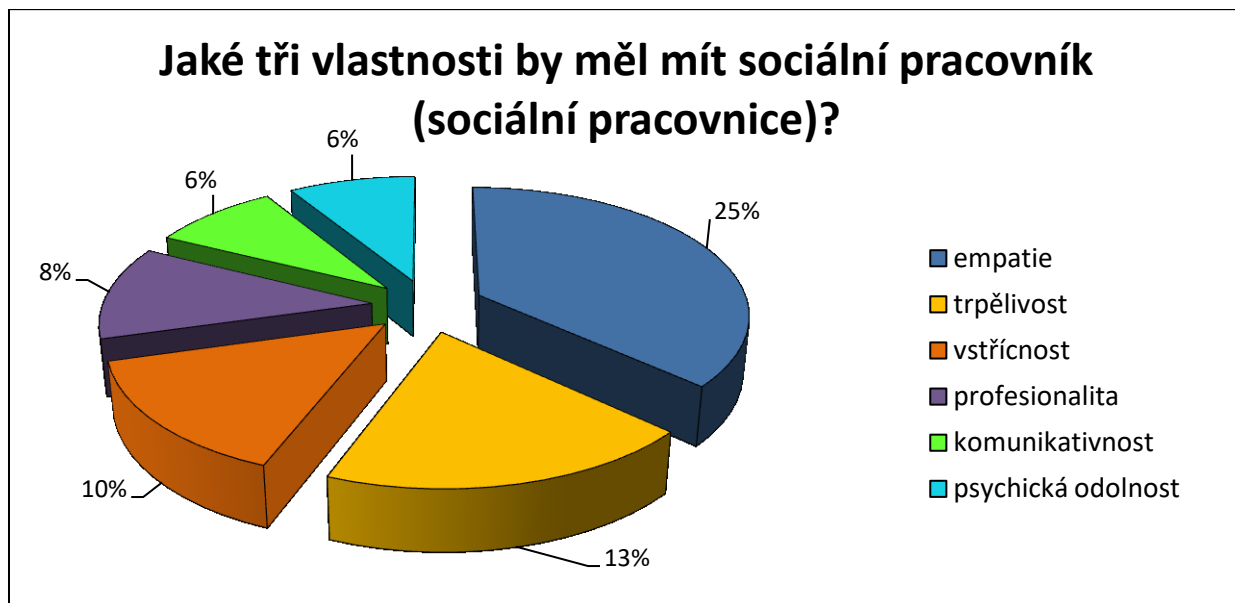
Graf 10: Jaký postoj máte k sociální práci jako profesi?



Z výsledků lze zjistit, že lékařské profese (skupina L) a zdravotní sestry (skupina S) zastávají spíše kladné postoje. Téměř polovina (47 %) respondentů skupiny L vyjádřila obdivující postoj k profesi sociální práce, ale u skupiny O této odpovědi byla nakloněna jen čtvrtina dotázaných. Skupina S měla největší zastoupení s 52 % u odpovědi „pozitivní“ a skupina O měla nejvíce respondentů u odpovědi „neutrální“ s 38 %. Vnímám jako velmi příznivé, že žádný respondent ze skupiny L se nevyjádřil negativně nebo odmítavě vůči profesi sociální práce. Odpověď „negativní“ zvolili respondenti ze skupin S a O, každý jen po 4 %. Odmítavý postoj zastávali 4 % respondentů jen z jediné skupiny – skupiny O.

Otázka č. 2, otevřeného typu otázky, se dotazovala respondentů, jaké tři vlastnosti by měl mít sociální pracovník (sociální pracovnice). Vzhledem k tomu, že respondenti mohli odpovídat podle vlastního uvážení, vybírám do grafu 11 pouze šest nejčastějších odpovědí.

Graf 11: Jaké tři vlastnosti by měl mít sociální pracovník (sociální pracovnice)?

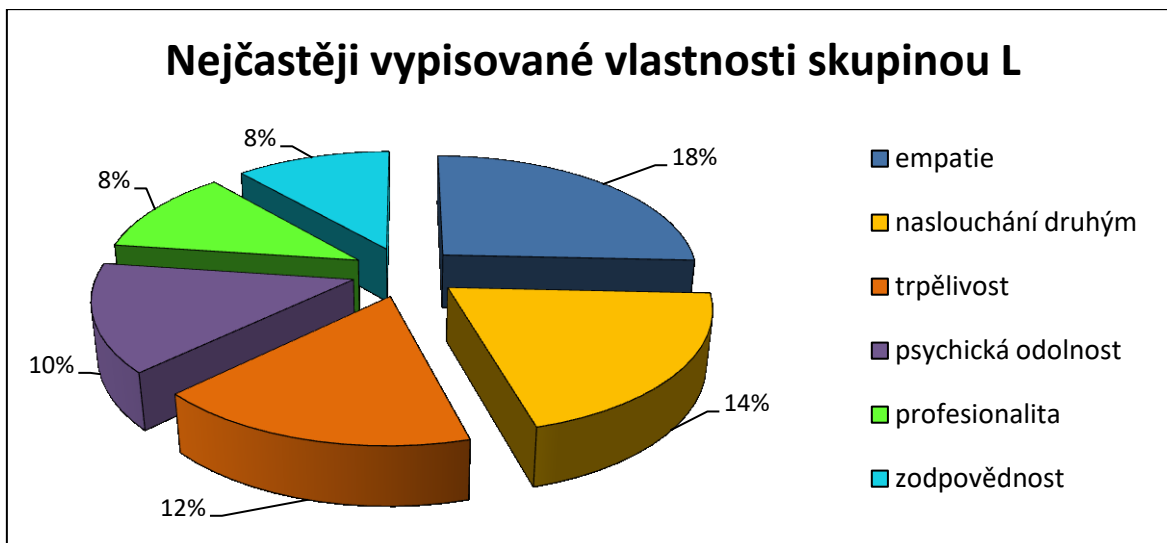


Rozhodně dominující vlastností podle respondentů je empatie, která tvoří celou čtvrtinu odpovědí. Na druhém místě se nachází trpělivost. Zajímavé je podotknout, že kombinace empatie a trpělivosti se v rámci jednoho dotazníku objevovali v odpovědích velmi často.

Celkově respondenti vypsali výčet obsahující 42 vlastností. 36 v grafu 11 nezmiňovaných vlastností tvoří zbývajících 32 do celku. Mezi vlastnosti, které se nedostaly do nejčtenějších, patří např. ochota, naslouchání druhým, spravedlnost, multioborový rozhled, slušnost aj. Objevily se zde však i vlastnosti, které získali pouhé 1 – 3 hlasy. Považuji za důležité zmínit alespoň příklady takových: zralá osobnost, smysl pro humor, zájem o pacienty nebo taktnost. Ačkoli tyto vlastnosti nejsou nejfrekventovanějšími, jistě nejsou bezvýznamné.

V rámci vyhodnocování výsledků jednotlivých profesí lze zjistit, že žebříček nejčastěji uváděných vlastností se u lékařských profesí lišil, na rozdíl od skupin S a O, kde odpovědi byly poměrně shodné. Graf 12 tedy zobrazuje výsledky otázky č. 2 respondentů ze skupiny L.

Graf 12: Nejčastěji vypisované vlastnosti skupinou L



Vlastnost, nebo spíše umění naslouchat druhým se u lékařských profesí objevila na druhé příčce. Psychickou odolnost respondenti skupiny L uváděli již na 4. místě, to je o dvě výše než v celkovém porovnávání. Do výpisu nejfrekventovanějších vlastností se u této skupiny dostaly i dvě (v celkovém hodnocení neumístěné) vlastnosti a to profesionalita a zodpovědnost. Vlastnosti, které nejsou v grafu 12 uvedeny, tvořily 30 % do celku. Je pouze mou domněnkou, že lékařské profese mohly své odpovědi zaměřovat více na předpoklady práce s lidmi (profesionalita, zodpovědnost) než na samotný výkon práce sociálních pracovníků (naslouchání druhým).

Otázka č. 3, trichotomického typu otázky, měla za cíl zjistit názor pomáhajících profesí na vzdělání sociálních pracovníků. Respondenti odpovídali na otázku, zda je podle jejich názoru důležité, aby měl sociální pracovník vysokoškolské vzdělání? Na výběr bylo ze tří odpovědí – „ano“, „ne“ a „nevím“

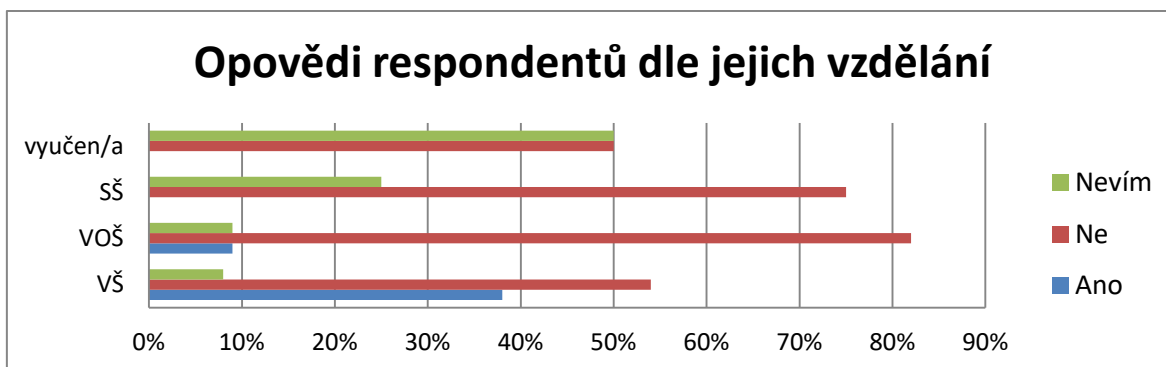
Graf 13: Je podle Vás důležité, aby měl sociální pracovník vysokoškolské vzdělání?



Výsledky otázky č. 3 jsou poměrně jednoznačné. Většina pomáhajících profesí v nemocnicích se domnívá, že není důležité, aby sociální pracovník měl vysokoškolské vzdělání. Skupina O zvolila odpověď „ne“ rovnou v 70 % odpovědích, skupina L v 61 %. V porovnání s ostatními dvěma skupinami to byly právě zdravotní sestry (skupina S), které označili odpověď „ano“ nejčastěji. Celkem 48 % respondentů skupiny S si myslí, že mít vysokoškolské vzdělání je pro sociální pracovníky důležité. Odpovědi „nevím“ byly u respondentů všech skupin poměrně vyrovnané (15 – 20 %).

Graf 14 znázorňuje odpovědi respondentů podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.

Graf 14: Odpovědi respondentů dle jejich vzdělání



Odpovědi respondentů v závislosti na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání se lišily zejména v odpovědi „ano“. Zajímavé zjištění najdeme u respondentů se vzděláním na

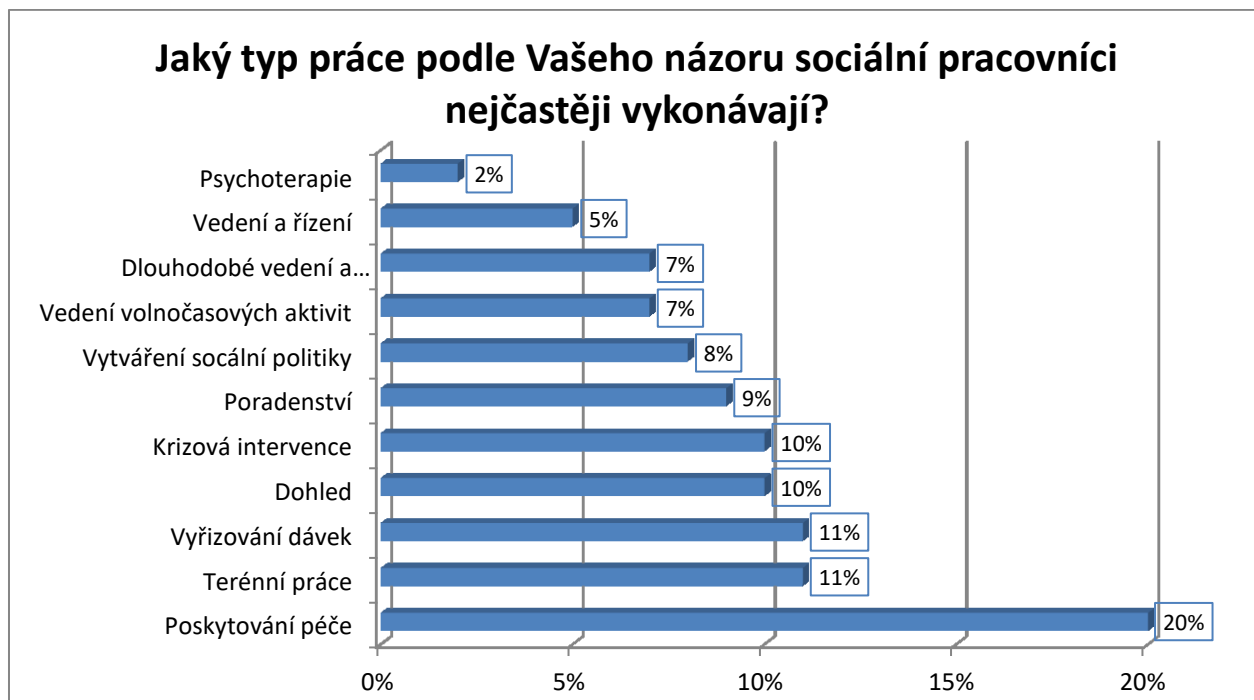
vyšších odborných školách. Celkem 82 % těchto respondentů je toho názoru, že pro sociální pracovníky není důležité mít vysokoškolské vzdělání. Stejný názor má 75 % respondentů se středoškolským vzděláním. Žádný respondent, který je vyučen nebo má středoškolské vzdělání, neoznačil odpověď „ano“.

Rozdíl mezi muži a ženami v odpovědích nebyl tak zásadní. Odpověď „ano“ zvolilo 20 % mužů, což je o 5 % méně než je tomu u respondentů ženského pohlaví. V odpovědi „ne“ byl rozdíl mírně větší. Muži zvolili zápornou odpověď v 70 %, ženy v 60 %.

Na závěr bych ráda zmínila, že 19 respondentů (5,5 %) k této otázce dopsalo vlastní komentář, ačkoli zde nebylo místo pro jinou/doplňující odpověď. Těmito komentáři respondenti doplňovali odpověď „ne“ – myslí si, že vysokoškolské vzdělání pro sociální pracovníky není důležité, ale měli by chodit na pravidelná školení, kurzy, přednášky a dále se vzdělávat.

Otázka č. 4, výčtový typ otázky, zjišťoval, co si respondenti myslí o obsahu, náplni či typu práce sociálních pracovníků. Otázka obsahovala výčet 11 činností a respondenti byli požádáni, aby označili nejvýše tři činnosti, které podle jejich názoru nejčastěji vykonává sociální pracovník.

Graf 15: Jaký typ práce podle Vašeho názoru sociální pracovníci nejčastěji vykonávají?



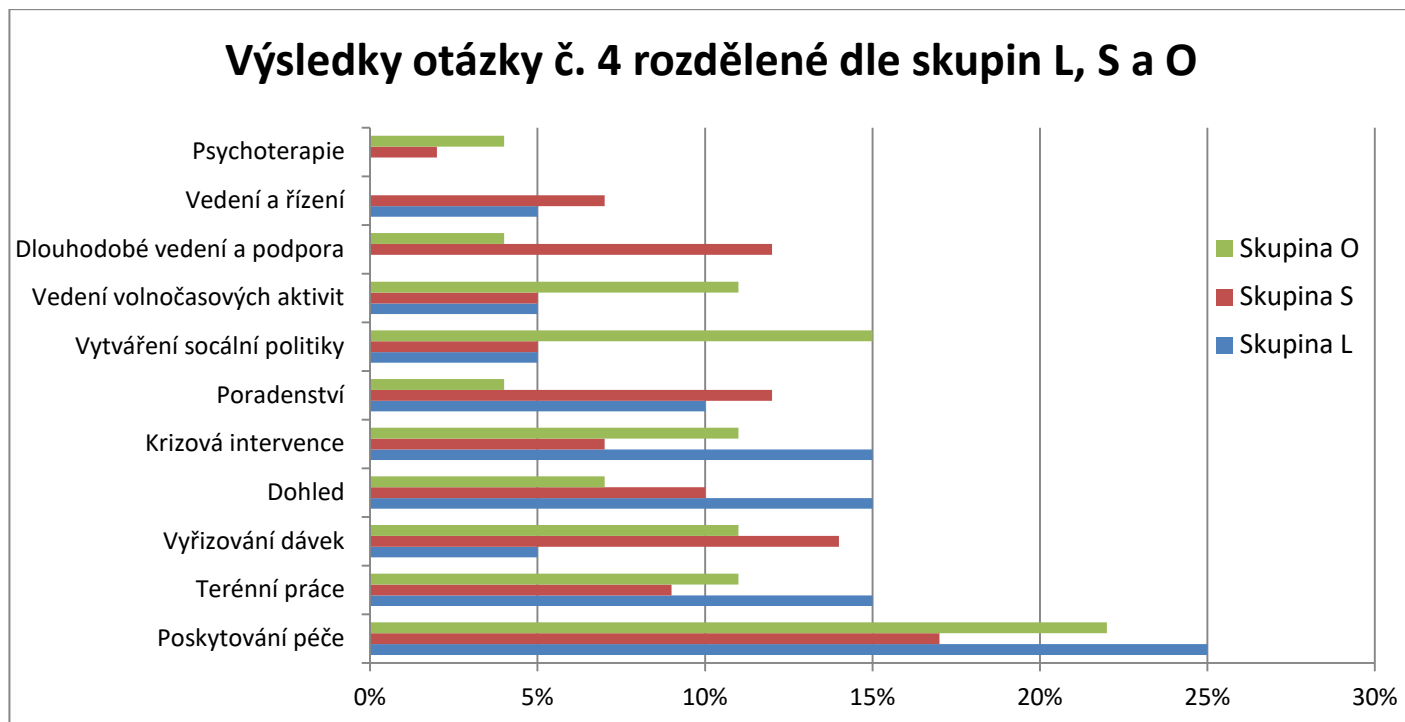
Výsledky všech respondentů ukazují převahu o 9 % v odpovědi „poskytování péče“, která získala celkově 20 %. Respondenti umístili na druhé místo rovnou dvě činnosti se shodnými počty odpovědí (11 %), jedná se o terénní práci a vyřizování dávek. O procento méně získaly také dvě činnosti a umístily se tak na pomyslném třetím místě: dohled a krizová intervence. Jen 2 % respondentů označili odpověď „psychoterapie“.

Bylo by zajímavé zjistit, zda se výsledky lišily v odpovědích mužů a žen. Z analýzy vyplynulo, že muži a ženy si myslí, že sociální pracovníci nejčastěji vykonávají poskytování péče. V názorech na druhou a třetí nejčastěji vykonávající činnost se však odlišují. Na druhé místo muži dosadili terénní práci s celkovými 17 %, zatímco ženy označily krizovou intervenci a vyřizování dávek (obě činnosti shodně po 12 %). Třetí místo obsadily u mužů činnosti dvě – vyřizování dávek a dohled, každá po 13 %. U žen to bylo vytváření sociální politiky s 10 %. U této odpovědi poznamenám, že pouze 3 % respondentů – mužů označili vytváření sociální politiky. Spolu s psychoterapií a vedením a řízením patřily tyto odpovědi u mužů k nejméně označovaným.

Porovnála jsem také výsledky respondentů dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Musím říci, že výsledky se příliš nelišily. Výjimkou by mohla být odpověď „poradenství“, kdy 16 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů označilo tuto odpověď, oproti respondentům s VOŠ, kde ji vybralo jen 3 % dotázaných. K odpovědi vedení a řízení se přiklonilo 16 % středoškolsky vzdělaných respondentů, 6 % dotázaných se vzděláním na VOŠ, ale žádný respondent se vzděláním na VŠ.

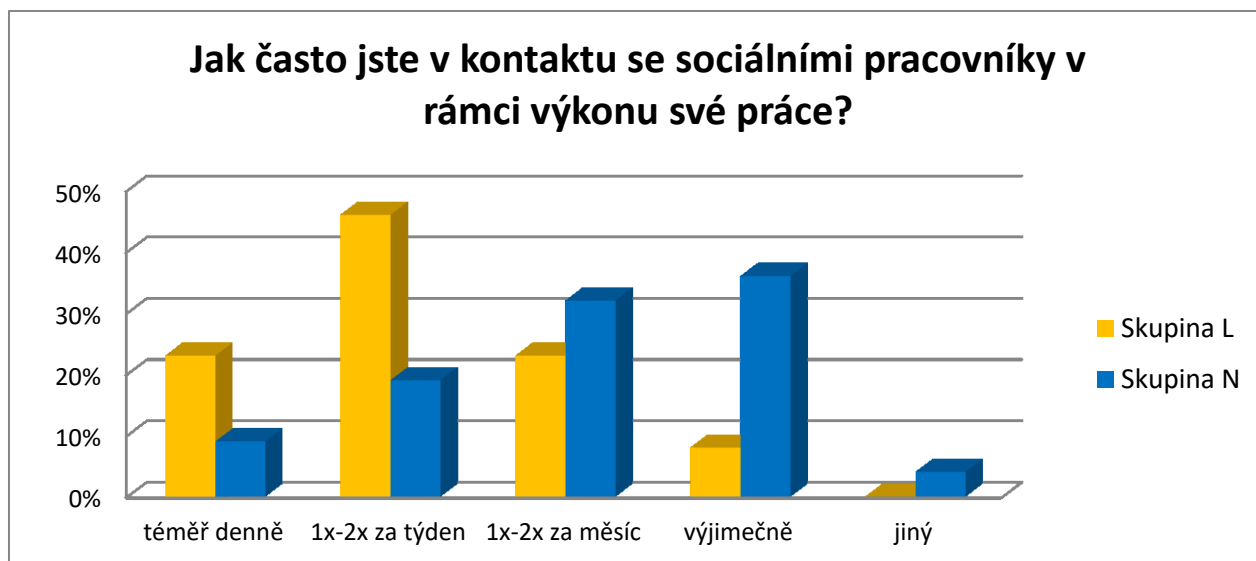
Níže pro přehlednost uvádím graf 16, který znázorňuje odpovědi respondentů podle jednotlivých skupin.

Graf 16: Výsledky otázky č. 4 rozdělené dle skupin L, S a O



Otázka č. 5, výběrového typu, se respondentů dotazovala, jak často jsou v kontaktu se sociálními pracovníky v rámci výkonu své práce. Na výběr bylo ze čtyř odpovědí a nechyběla možnost „jiný“. Respondenti mohli odpovídat: „téměř denně“, „1x-2x za týden“, „1x – 2x za měsíc“, „spíše výjimečně“ a „jiný“.

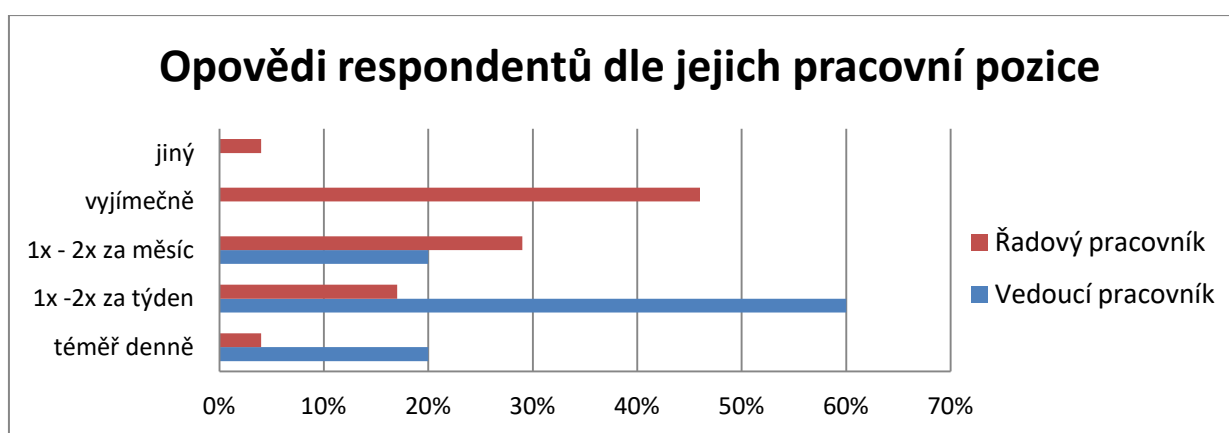
Graf 17: Jak často jste v kontaktu se sociálními pracovníky v rámci výkonu své práce?



Z výsledků je očividné, že lékařské profese (skupina L) jsou v kontaktu se sociálními pracovníky daleko častěji. 46 % respondentů skupiny L zvolilo odpověď „1x – 2x za týden“, což je přesně o polovinu více než u odpovědi „téměř denně“ – 23 %. Respondenti skupiny N (nelékařské profese) označili nejčastěji odpověď „výjimečně“ (36 %), za ní následovala možnost „1x – 2x za měsíc“ (32 %). Celkem 4 % dotázaných využili možnost odpovědi „jiný“, kam psali „*nikdy; ještě jsem se nesetkal; nespolupracujeme spolu vůbec*“.

Graf 18 znázorňuje celkové odpovědi respondentů dle jejich pracovní pozice.

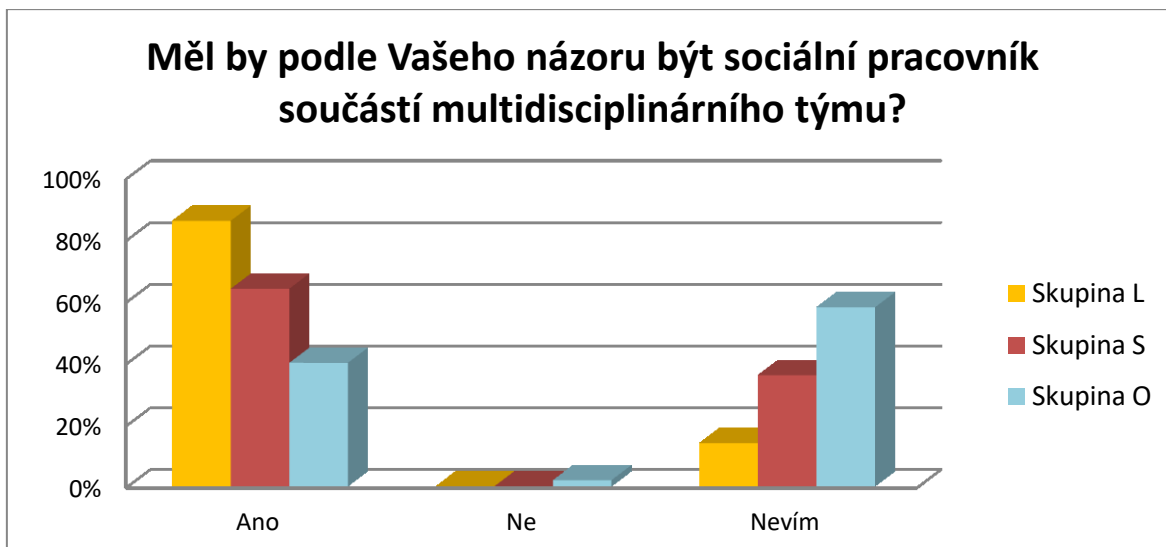
Graf 18: Odpovědi respondentů dle jejich pracovní pozice



Z grafu 18 vyplývá, že nejčastěji jsou v kontaktu se sociálním pracovníkem vedoucí pracovníci. Ti ve 20 % zvolili variantu téměř denního kontaktu a dokonce v 60 % variantu 1x 2x za týden. Řadoví pracovníci označili nejčastěji odpověď „výjimečně“ (46 %) a 29 % respondentů této pracovní pozice zvolilo možnost „1x – 2x za měsíc“.

Otázka č. 6, trichotomického typu, zjišťovala, zda by podle názoru respondenta měli sociální pracovníci být součástí multidisciplinárního týmu. Dotazovaní měli na výběr tyto tři možnosti: „ano“, „ne“ a „nevím“. Zároveň součástí varianty „ano“ a „ne“ byl prostor pro odůvodnění jejich odpovědi.

Graf 19: Měl by podle Vašeho názoru být sociální pracovník součástí multidisciplinárního týmu?

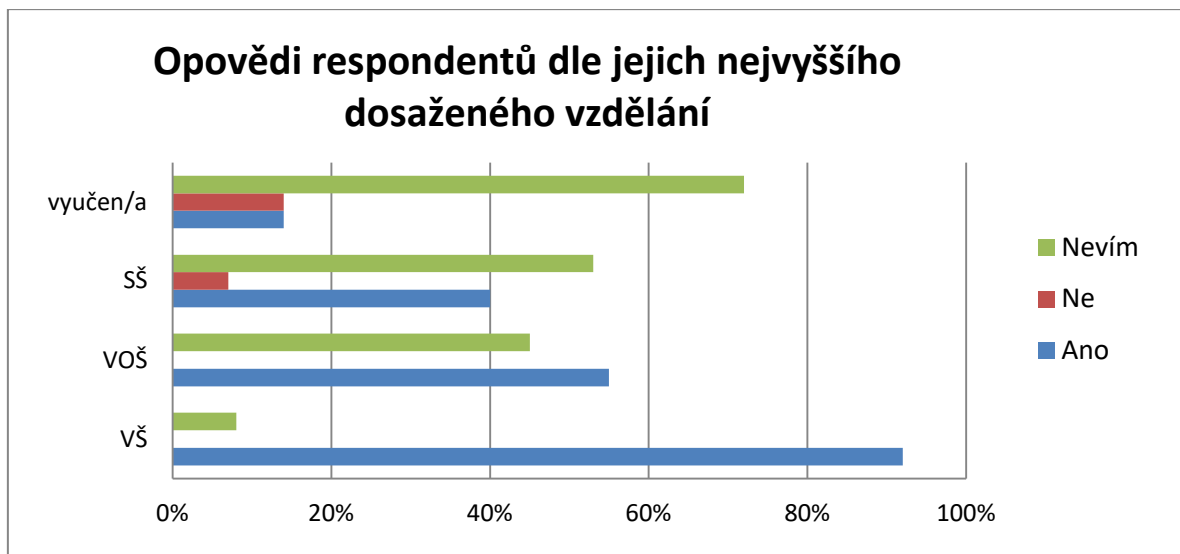


Výsledky jsou velmi pozitivní. Ve skupině L zvolilo 86 % respondentů odpověď „ano“, stejně jako 64 % dotazovaných ve skupině S. Žádný respondent z těchto dvou skupin neodpověděl záporně. To je jistě potěšující informace. Na straně druhé, více než polovina (58 %) respondentů skupiny O nevěděla, zda by sociální pracovník měl být součástí multidisciplinárního týmu. Můžeme se ale domnívat, že většina dotázaných ze skupiny O se s multidisciplinárním týmem nikdy nesetkala, nejsou jeho součástí nebo o něm nikdy neslyšeli. Naopak lékařské profese a zdravotní sestry si pravděpodobně uvědomují důležitost sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, znají podstatu tohoto týmu nebo mají s týmem zkušenosti.

Při srovnávání výsledků podle délky praxe ve zdravotnictví se ale žádných velkých rozdílů nedočkáme. Stejně tak žádnou roli nehraje ani pracovní pozice.

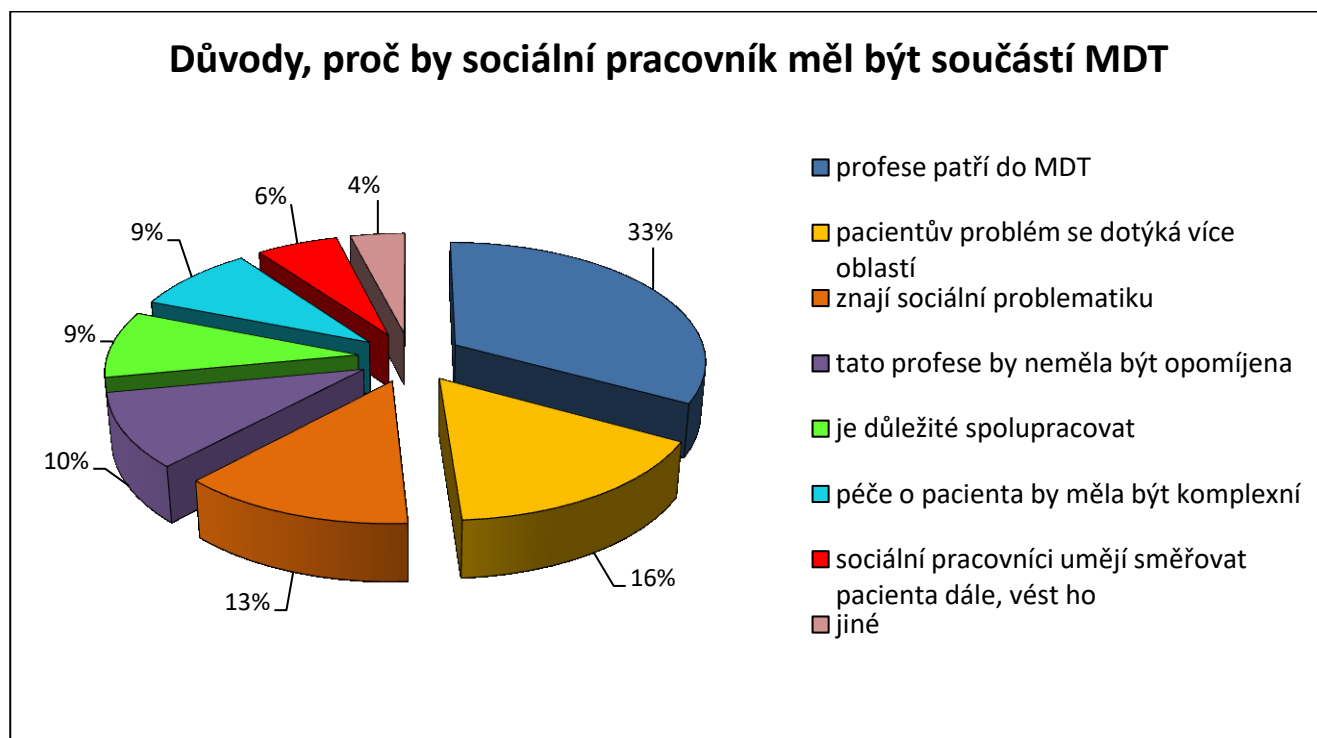
Při analýze výsledků se zaměřením na nejvyšší dosažené vzdělání bylo zjištěno, že žádný respondent s nejvyšším dosaženým vzděláním na VOŠ nebo VŠ neoznačil variantu „ne“. Domnívám se, že to může být způsobené povědomím o multidisciplinárním týmu již ze škol, na kterých se vzdělávali, případně samotným členstvím či zkušeností v těchto týmech. Následuje graf 20, který znázorňuje odpovědi respondentů podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.

Graf 20: Odpovědi respondentů dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání



V případě, že respondenti odůvodnili své rozhodnutí u odpovědi „ano“, nejčastěji se vyjadřovali následovně.

Graf 21: Důvody, proč by sociální pracovník měl být součástí MDT

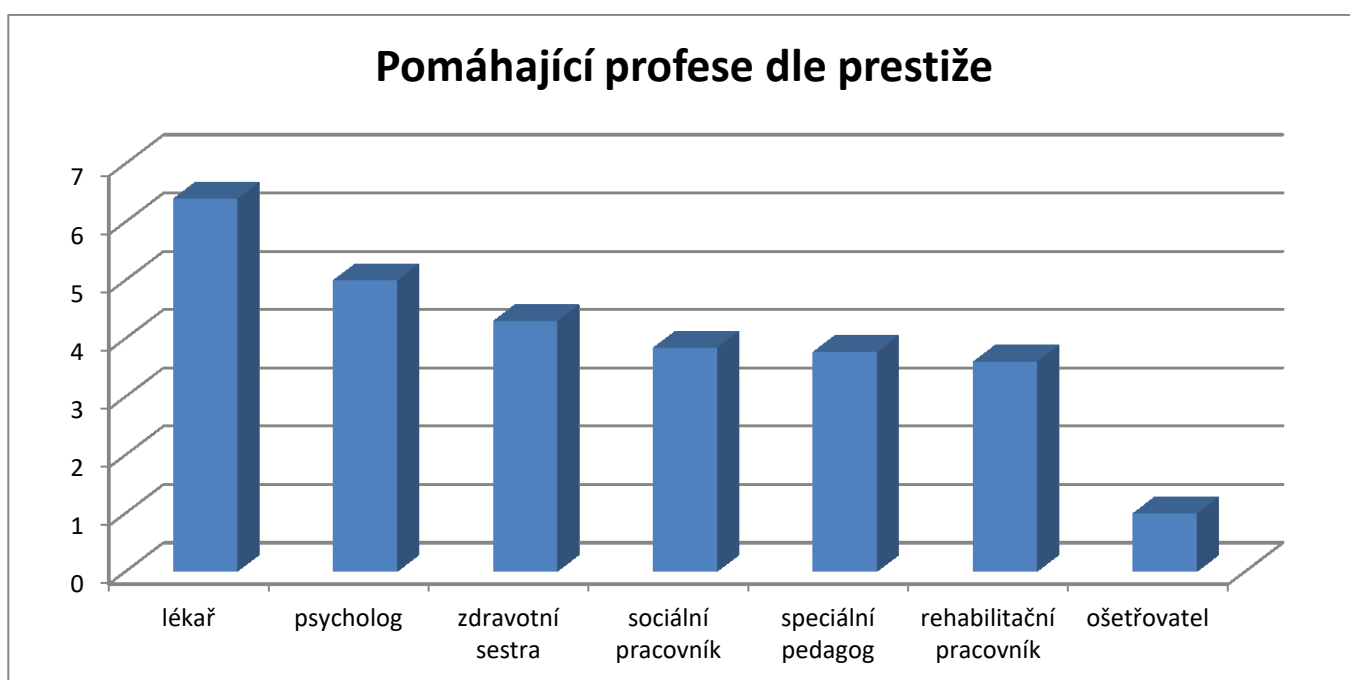


V případě, že respondenti zvolili odpověď „ne“, důvodem bylo, že „v MDT jsou jen lékaři, sestry a případně psycholog“ nebo, že „v týmu jsou lidé, co řídí nemocnici (ředitel, vedení, dozorčí rada apod.)“. Z těchto odpovědí lze soudit, že respondenti nemají

dostatečné znalosti a informace o multidisciplinárním týmu. Nutno podotknout, že zápornou odpověď zvolila pouze 2 % všech respondentů.

Otázka č. 7, škála pořadí, předložila respondentům seznam se sedmi pomáhajícími profesemi, které měli dle svého uvážení seřadit podle společenské hodnoty (prestiže) profese. Respondenti měli ke každé pomáhající profesi přiřadit číslo od 1 do 7, kdy 1 = profese s nejvyšší společenskou prestiží a 7 = profese s nejnižší společenskou prestiží. Pro lepší znázornění v grafu 22 jsem výsledné hodnoty obrátila a přepočítala je, aby z jednotlivých sloupců byl na první pohled vidět rozdíl v prestiži.

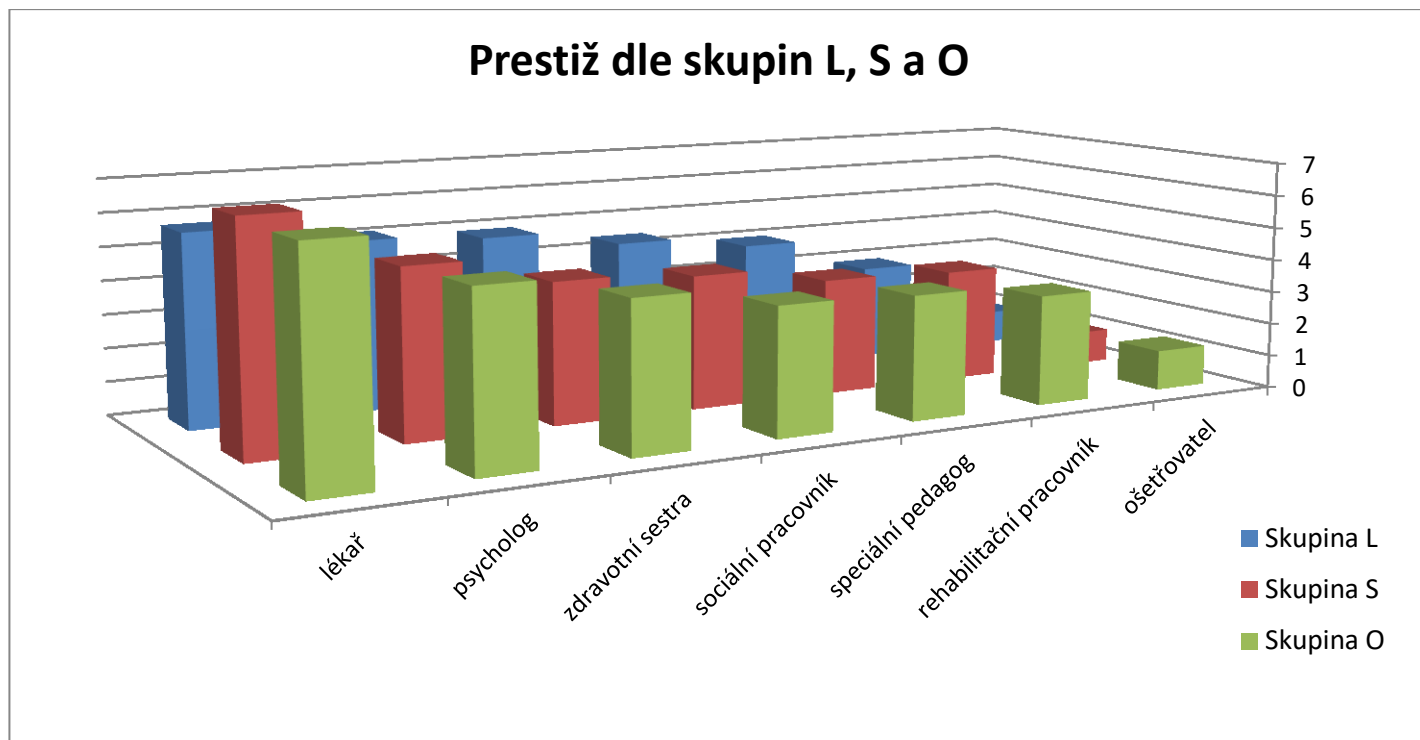
Graf 22: Pomáhající profese dle prestiže



Z předcházejícího grafu 22 lze vyčíst, že profese lékaře je považována za nejprestižnější z nabízených pomáhajících profesí. Naopak nejmenší prestiž získala profese ošetřovatele. Zajímavé je i srovnání profese sociálního pracovníka, speciálního pedagoga a rehabilitačního pracovníka, jejichž společenská hodnota byla hodnocena velmi těsně. Přesto sociální pracovník získal nejlepší umístění z výše uvedených tří profesí. V hodnocení prestiže stojí hned za zdravotní sestrou.

Při analýze byla hodnocena prestiž pomáhajících profesí i v rámci skupin L, S a O.

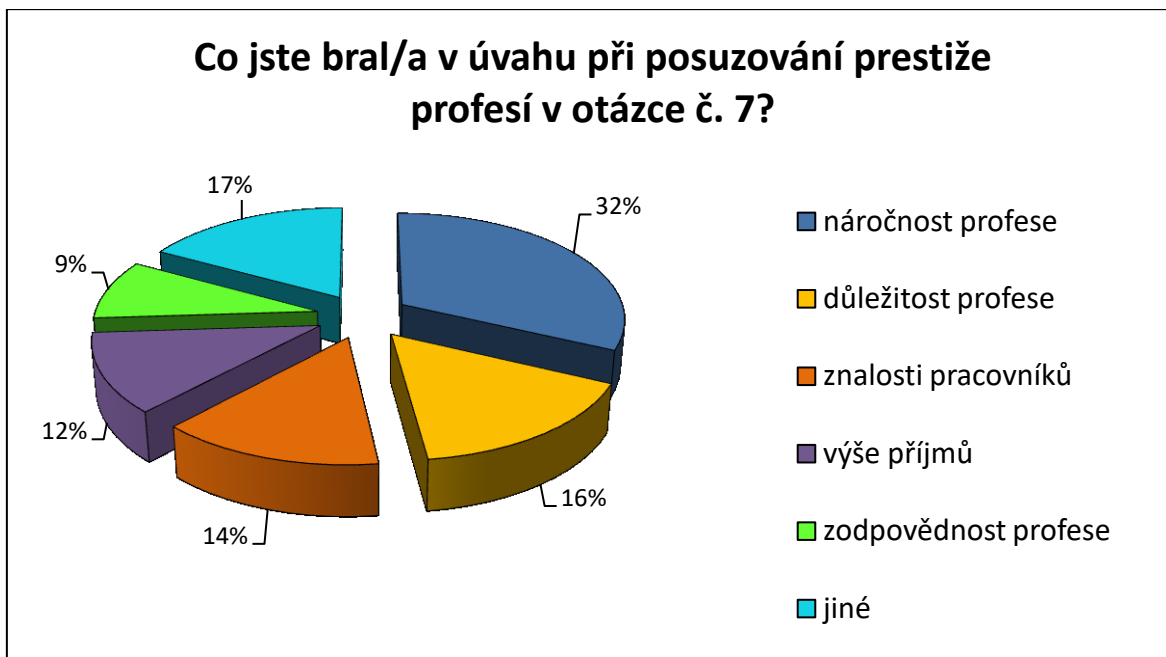
Graf 23: Prestiž dle skupin L, S a O



Z grafu 23 je patrné, že respondenti skupin L, S i O považují lékaře, psychology a zdravotní sestry za nejvíce prestižní profese. Také se shodují v nejméně prestižní profesi – ošetřovateli. Pořadí zbývajících profesí se v rámci skupin měnilo. Zajímavé je, že respondenti skupin S a O ohodnotili prestiž lékaře jako nejvyšší častěji, než samotná skupina L. Poměrně pozitivním zjištěním je, že lékaři umístili sociálního pracovníka za zdravotní sestru. Považují jeho profesi za prestižnější než je profese speciálního pedagoga, rehabilitačního pracovníka a ošetřovatele. Naopak zdravotní sestry posunuly prestiž sociálního pracovníka na šestou, předposlední pozici. Rehabilitační pracovník a speciální pedagog má podle skupiny S vyšší prestiž než sociální pracovník. Skupina O si myslí, že sociální pracovník má nižší prestiž než speciální pedagog a zároveň vyšší prestiž než rehabilitační pracovník a ošetřovatel.

Otázka č. 8, otevřeného typu, navazovala na předcházející otázku č. 7. Respondenti měli vypsát, co brali především v úvahu, když v předchozí otázce posuzovali prestiž různých pomáhajících profesí. Dotazník vybízel ke třem odpovědím, které respondenti mohli a také nemuseli dodržet.

Graf 24: Co jste bral/a v úvahu při posuzování prestiže profesí v otázce č. 7?



Necelá třetina respondentů brala v úvahu zejména náročnost profese. Na druhém a třetím místě se pouze s malým rozdílem 2 % umístila důležitost profese a znalosti, které pracovník musí mít. V odpovědích shrnutých pod „jiné“ se objevila např. osobní zkušenost, nedocenenost profese nebo délka a náročnost studia. Počet těchto odpovědí byl však natolik nízký, že jsem se rozhodla do grafu 24 pojmenovat pouze nejpočetnější faktory. Celkově se na tuto otázku č. 7 rozhodlo neodpovídat 6 % respondentů.

Při porovnávání jednotlivých skupin se neprokázaly žádné zásadní rozdíly ve volbě faktorů, na základě kterých respondenti určovali prestiž pomáhajících profesí. Dokonce ani při analýze výsledků podle pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání nebo délky praxe ve zdravotnictví. Ráda bych zmínila svůj poznatek, že ženy byly ve svých odpovědích kreativnější, případně originálnější než muži. Naprostá většina (91 %) mužů využívala ke svým odpovědím příklady uvedené přímo v otázce.

Otázka č. 9, dichotomického typu, zjišťovala, zda se u respondentů změnil pohled na sociální práci během let jejich praxe ve zdravotnictví. Respondenti mohli vybírat z odpovědi „ano“ a „ne“. U kladné odpovědi byla možnost pro odůvodnění, tedy co bylo důvodem změny pohledu.

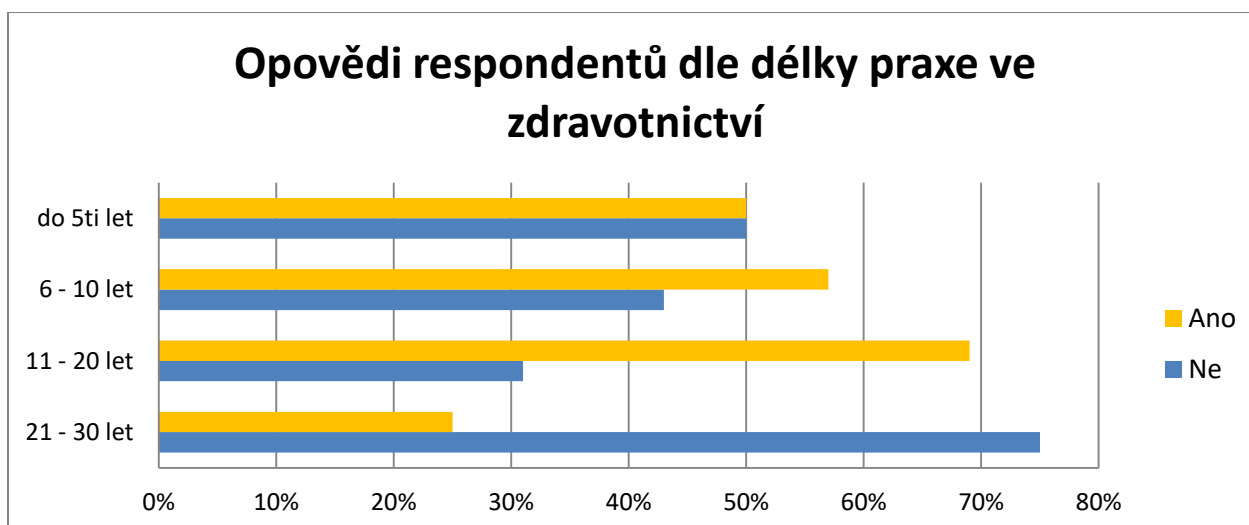
Graf 25: Změnil se Váš pohled na sociální práci během let Vaší praxe ve zdravotnictví?



Pohled na sociální práci se během praxe změnil 63 % respondentů skupiny L a 71 % respondentů skupiny S. Ovšem otázka nezjišťovala, zda se pohled změnil v kladném nebo negativním slova smyslu. Více než polovina respondentů skupiny O měla opačný názor - 56 % dotazovaných vypovědělo, že pohled na sociální práci se během jejich praxe ve zdravotnictví nezměnil.

Celkové výsledky bez ohledu na skupiny jsou následující: 62 % respondentům se změnil pohled na sociální práci a 38 % dotazovaných se pohled nezměnil. Jak by ale ovlivnil výsledky faktor délky praxe ve zdravotnictví? Graf 26 tyto výsledky představuje.

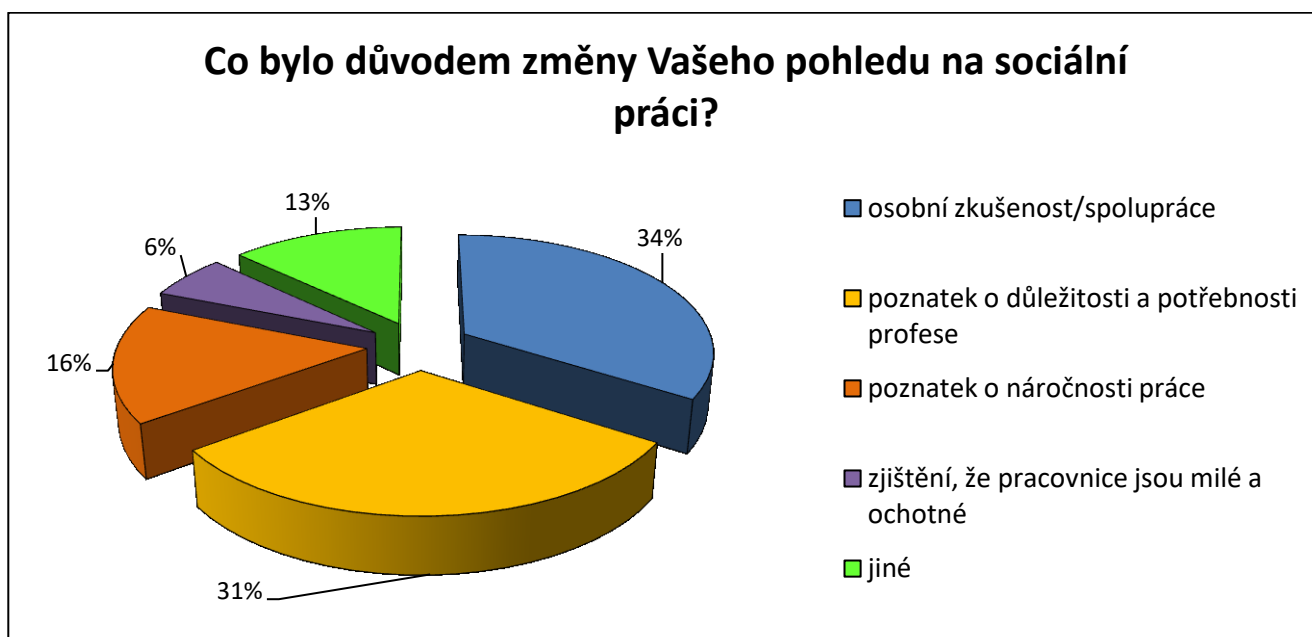
Graf 26: Odpovědi respondentů dle délky praxe ve zdravotnictví



Graf 26 nám zobrazuje poměrně zajímavé výsledky. Respondenti s délkou praxe ve zdravotnictví do 5ti let vypověděli v obou odpovědích shodně po 50 %, že „ano“ i „ne“. Můžeme si to vysvětlit malou/žádnou zkušeností se sociálními pracovníky nebo nízkou informovaností o profesi sociální práce ze škol? Dále mají sloupce v odpovědi „ano“ rostoucí hodnotu, až na sloupec poslední. Zdá se, že s přibývajícím lety praxe ve zdravotnictví se mění i pohled na sociální práci (a to k lepšímu, jak je níže uvedeno). Ale zajímavou informací nám přináší poslední sloupec s pracovníky, jejichž praxe je 21 - 30 let. Zde se vyjádřilo jen 25 % respondentů, že se jejich názor změnil, u zbylých 75 % se pohled nezměnil. Je pouze mou domněnkou, zda právě tyto respondenty nejsou ovlivněni dobou, kdy se sociální práce v České republice vzpamatovávala z dob komunistického režimu a zdravotně sociální práce de facto neexistovala. Může u nich stále přetrvávat negativní pohled na tuto profesi a přehlížejí nové metody, pohledy a přínosy této profese. Respondenti s délkou praxe ve zdravotnictví 6 - 10 let a 11 - 20 let mohou být na školách seznamováni se sociální prací nebo v době začátku jejich praxe se již zdravotně sociální pracovníci začali v nemocnicích vyskytovat, staly se tak součástí pracovního týmu a nově příchozí pracovníci si na ně začali zvykat, tudíž mohli po osobních zkušenostech změnit pohled na sociální práci.

Mnoho respondentů využilo možnosti odpovědět na doplňující otázku: Co bylo důvodem změny Vašeho pohledu na sociální práci? Nejčastější odpovědi jsou zaneseny do grafu 27.

Graf 27: Co bylo důvodem změny Vašeho pohledu na sociální práci?



Z celkového počtu 213 kladných odpovědí, se k důvodu změny pohledu vyjádřilo „pouze“ 69 respondentů, tedy necelá třetina. Jejich nejčastější odpověď byla osobní zkušenost nebo pracovní spolupráce se sociálním pracovníkem. Dalších 31 % respondentů vypovědělo, že byli překvapeni tím, jak je práce sociálních pracovníků v nemocnici důležitá a pro pacienty tolik potřebná. 16 % dotazovaných uvedlo, že až v průběhu praxe zjistili, o jak náročnou práci se jedná. 6 % respondentů bylo překvapeno tím, že sociální pracovníci (respondenti uváděli pouze ženský rod) jsou milé, hodné a velmi ochotné. Kategorie „jiné“ zahrnuje odpovědi, které se opakovali s nízkou četností, případně odpovědi ojedinělé, zaspané pouze jedním respondentem. Mezi takové odpovědi patřilo: *„Postřehla jsem velký rozdíl mezi sociální prací v nemocnici a „normální“ sociální prací na úřadech.“*; *„Časem člověk přijde na to, že jejich práce vyžaduje vysokou psychickou odolnost, stejně jako u zdravotních sester. Není důvod si jich vážit méně.“*; *„Zjistil jsem, že to nejsou ti, „co berou jen děti.“* aj.

Otázka č. 9 byla poslední otázkou dotazníku, který měl zkoumat názor a postoje respondentů. Dále následovala část otázek zjišťující demografické údaje, které jsou rozpracovány v kapitole 8 Charakteristika zkoumaného vzorku.

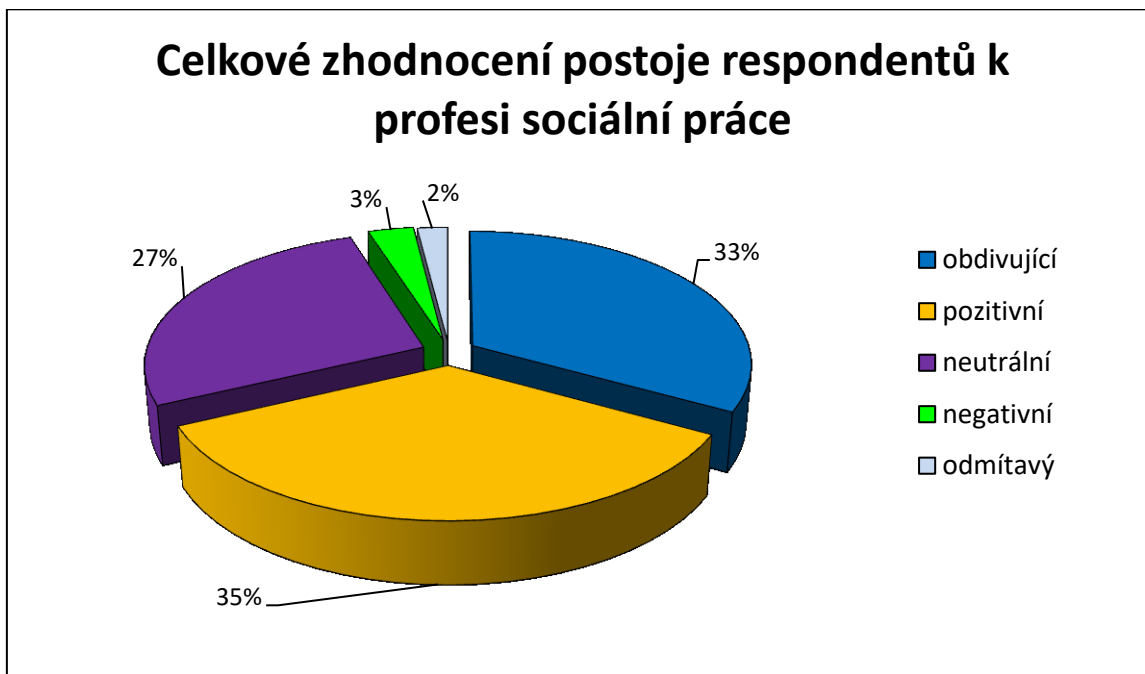
10 Vyhodnocení výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byly předem stanoveny dvě výzkumné otázky a čtyři výzkumné předpoklady. K jejich vyhodnocení byly použity výsledky příslušných otázek z dotazníkového šetření. Nejprve uvádím znění výzkumné otázky, dále následuje graf s komentářem.

VO1: Jak pomáhající profese vnímají sociální práci jako profesi?

První výzkumná otázka byla vyhodnocena pomocí výsledků otázek č. 1 a 7.

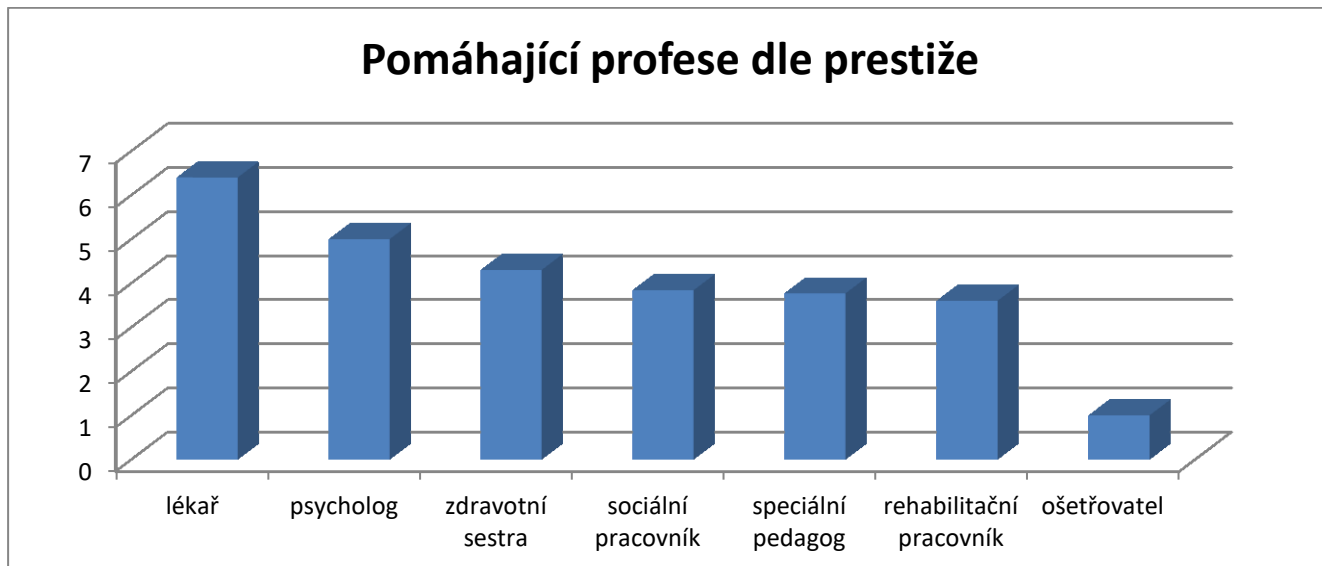
Graf 28: Celkové zhodnocení postoje respondentů k profesi sociální práce



Graf 28 můžeme rozdělit na čtyři části, kdy tři výšece mají dominující charakter. Z výsledků vyplývá, že více jak třetina respondentů zastává k sociální práci pozitivní postoj a druhá třetina označila svůj postoj dokonce jako obdivující. Třetí dominující výšečí je neutrální postoj respondentů. Pouze nízký počet respondentů se vyjádřil negativně a odmítavě k profesi sociální práce. Můžeme tedy říci, že 68 % respondentů vnímá profesi sociální práce jako obdivuhodnou nebo pozitivní, 27 % respondentů nemá nějak zvlášť vyhraněný názor a vnímá profesi neutrálně a 5 % respondentů je zastáncem negativního nebo odmítavého postoje.

Ačkoli sociální práce je vnímána spíše jako kladná profese, v celkovém umístění podle vnímání prestiže respondenty se umístila v polovině, na čtvrtém místě.

Graf 29: Pomáhající profese dle prestiže



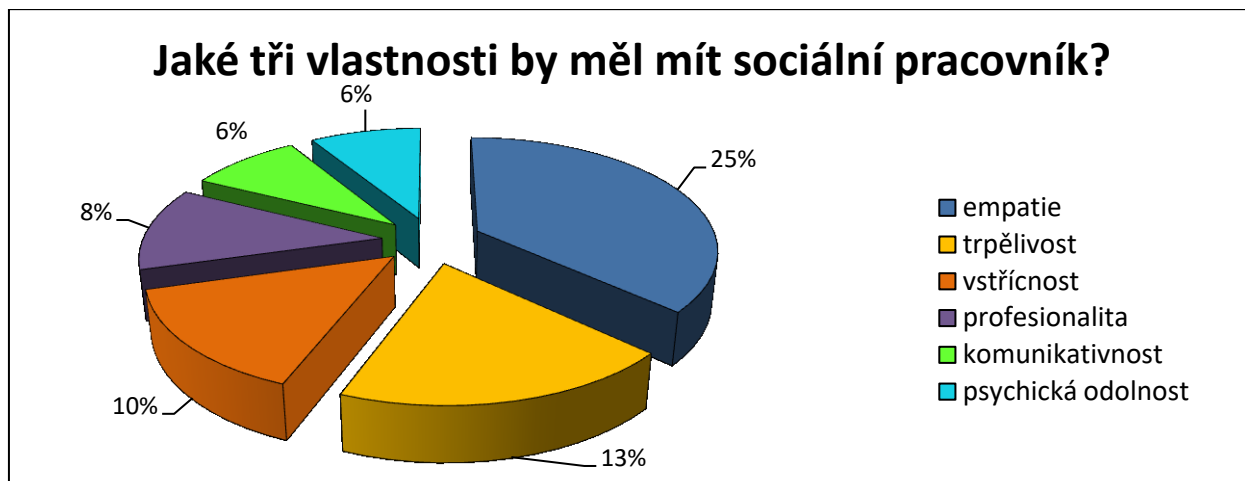
Na prvních příčkách se umístily profese lékařů, psychologů a zdravotních sester. Naopak respondenti vnímají sociálního pedagoga, rehabilitačního pracovníka a ošetřovatele jako profese s nižší prestiží než jakou má sociální pracovník.

Podle výsledků dotazníkového šetření můžeme říci, že pomáhající profese vnímají sociální práci jako profesi většinou kladně, přesná třetina respondentů zastává dokonce obdivující postoj. Dále je tato profese vnímána jako čtvrtá nejprestižnější ve srovnání se sedmi jinými pomáhajícími profesemi.

VO2: Jaký mají pomáhající profese názor na sociální pracovníky?

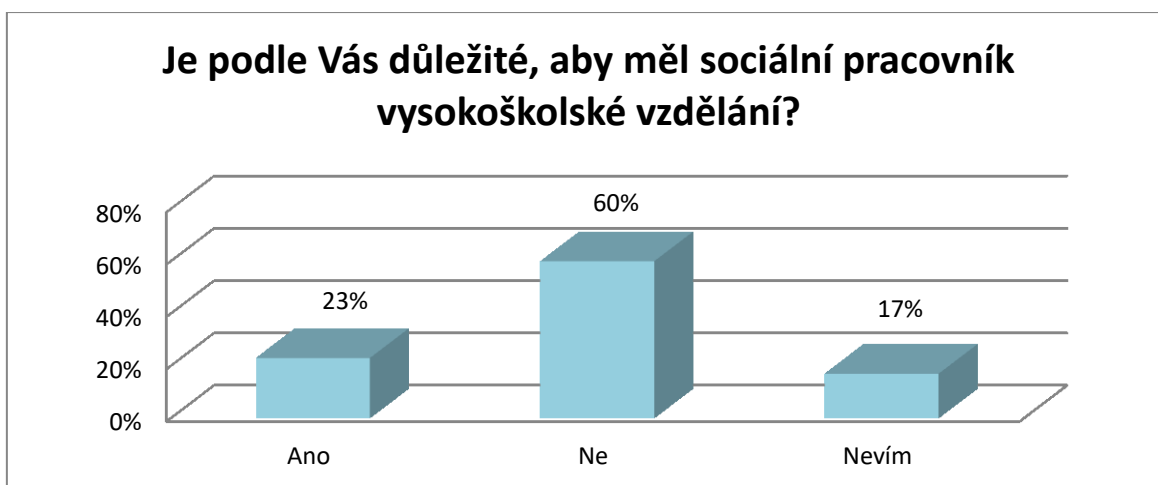
Druhá výzkumná otázka byla vyhodnocena pomocí výsledků otázek č. 2, 3, 4 a 6.

Graf 30: Jaké tři vlastnosti by měl mít sociální pracovník?



Z výsledků je patrné, že respondenti považují za nejdůležitější vlastnosti sociálního pracovníka empatii, trpělivost a vstřícnost. Tyto vlastnosti jsou považovány za pozitivní. Vlastnosti jako profesionalitu, komunikativnost nebo psychickou odolnost uváděli dotazovaní až na dalších místech.

Graf 31: Je podle Vás důležité, aby měl sociální pracovník vysokoškolské vzdělání?



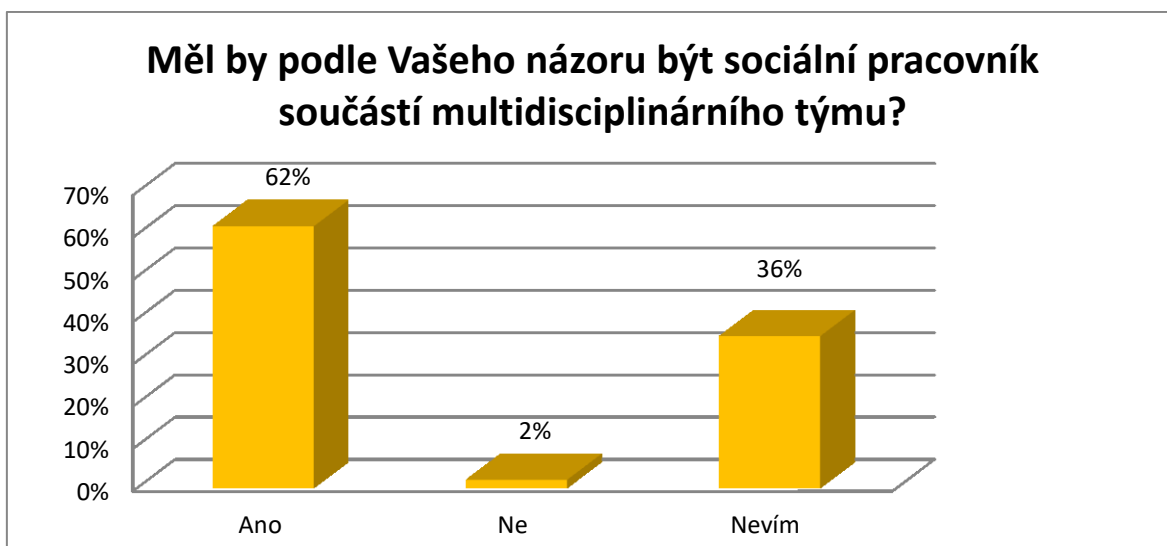
Většina respondentů (60 %) se domnívá, že není důležité, aby sociální pracovník měl vysokoškolské vzdělání. Výsledky vyhodnocené podle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů přinesly zajímavé zjištění. Odpověď „ano“ volilo 23 % respondentů a to pouze se vzděláním na VOŠ a na VŠ, žádná odpověď nebyla od respondentů s maturitou nebo vyučením.

Graf 32: Jaký typ práce podle Vašeho názoru sociální pracovníci nejčastěji vykonávají?



Respondenti se domnívají, že sociální pracovníci nejčastěji vykonávají jako typ práce poskytování péče, terénní práci a vyřizování dávek. Naopak jako činnosti, které vykonávají nejméně často, označili 2 % psychoterapii a 5 % vedení a řízení (např. domova pro seniory).

Graf 33: Měl by podle Vašeho názoru být sociální pracovník součástí multidisciplinárního týmu?

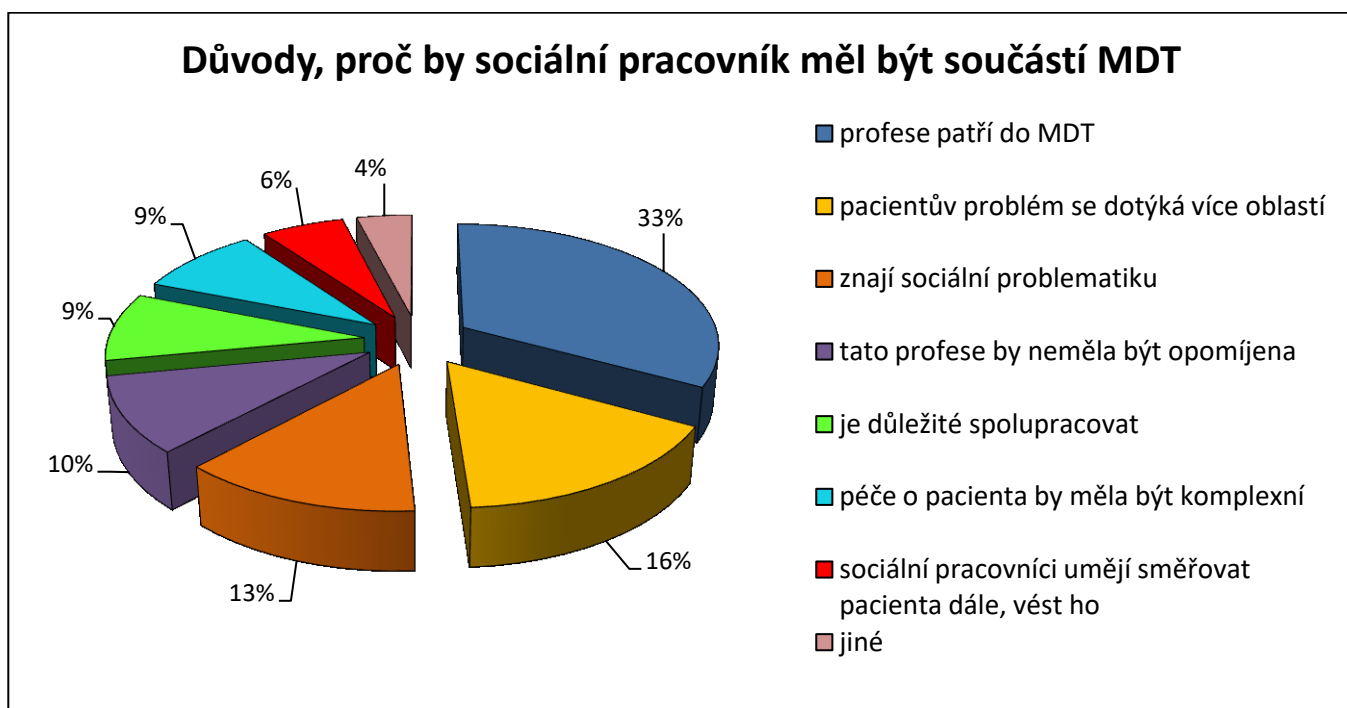


Většina, tj. 62 %, respondentů se domnívá, že by sociální pracovník měl být součástí multidisciplinárního týmu. Pozitivní zprávou je, že žádný respondent lékařské

profese ani žádná zdravotní sestra, neoznačili odpověď „ne“. Celkem 58 % respondentů skupiny O (nelékařské profese mimo zdravotní sestry) nevědělo, zda by sociální pracovník měl či neměl být součástí multidisciplinárního týmu.

Výsledky hodnocené podle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů měly klesající tendenci v závislosti na stupni vzdělání. Nejčastěji souhlasili respondenti se vzděláním na VŠ, tj. 92 %, dále 55 % na VOŠ, 40 % na SŠ a jen 14 % vyučených respondentů.

Graf 34: Důvody, proč by sociální pracovník měl být součástí MDT



Mezi nejčastější důvody, proč by měl sociální pracovník být součástí multidisciplinárního týmu, patřila se 33 % odpověď, že profese patří do MDT, 16 %, že pacientův problém se dotýká více oblastí a 13 %, že sociální pracovníci znají sociální problematiku a mohou tak pacientovi/klientovi pomoci v této oblasti.

Dále následuje vyhodnocení výzkumných předpokladů.

VP1: Lékařské profese budou vnímat jako důležité vysokoškolské vzdělání u sociálních pracovníků.

Graf 35: Je podle Vás důležité, aby měl sociální pracovník vysokoškolské vzdělání?

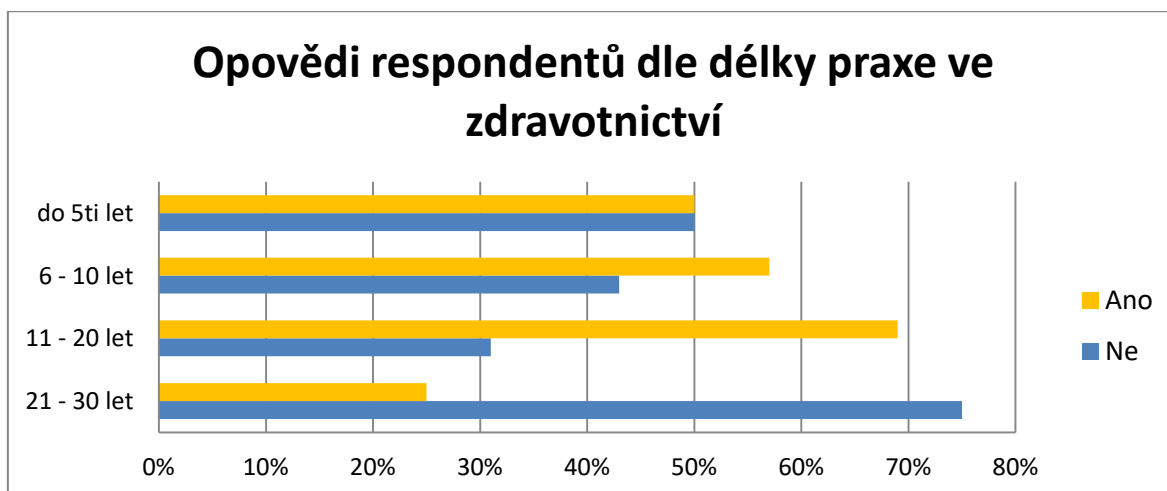


Graf 35 představuje výsledky otázky č. 3 zaměřující se na důležitost vysokoškolského vzdělání u sociálních pracovníků, které jsou porovnány mezi skupinami L, S a O. Z grafu 35 vyplývá, že 61 % respondentů skupiny L (lékařských profesí) nepovažuje za důležité mít vysokoškolské vzdělání pro výkon povolání sociálního pracovníka. Pouze 22 % dotazovaných ze skupiny L označilo odpověď „ano“.

Výzkumný předpoklad 1 se tedy nepotvrdil. Lékařské profese nevnímají jako důležité, aby sociální pracovník měl vysokoškolské vzdělání.

VP2: Více pracovníků pomáhajících profesí s delší praxí ve zdravotnictví změnilo v průběhu let své praxe pohled na sociální práci oproti pracovníkům s kratší praxí ve zdravotnictví.

Graf 36: Odpovědi respondentů dle délky praxe ve zdravotnictví



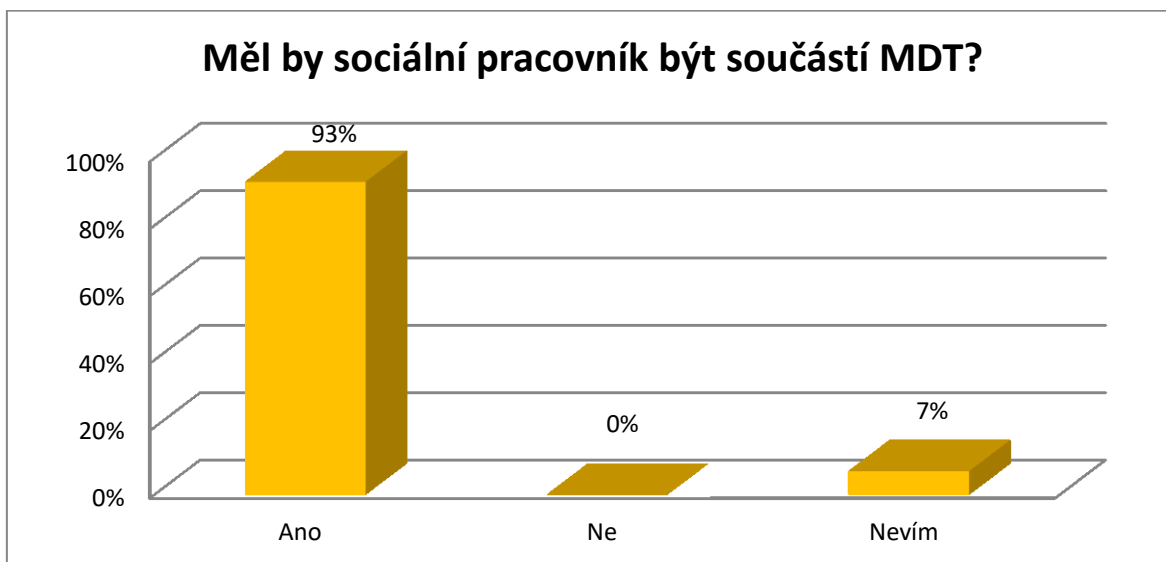
Z grafu 36 zjišťujeme, že u pracovníků s praxí do 20 let se zvyšuje počet respondentů, kteří v průběhu své praxe změnili pohled na sociální práci. Poslední sloupec grafu 36 nám však představuje pracovníky s délkou praxe 21 – 30 let ve zdravotnictví, kde pohled na sociální práci změnilo pouze 25 % respondentů.

Výzkumný předpoklad 2 se také nepotvrdil. Méně pracovníků pomáhajících profesí s delší praxí ve zdravotnictví změnilo v průběhu let své praxe pohled na sociální práci oproti pracovníkům s kratší praxí ve zdravotnictví.

VP3: Pomáhající profese, které jsou v kontaktu se sociálními pracovníky častěji (téměř denně či 1x-2x za týden), budou zastávat názor, že sociální pracovníci by měli být součástí multidisciplinárního týmu.

K vyhodnocení tohoto výzkumného předpokladu jsem použila výsledky otázky č. 5 a 6. Pracovala jsem s respondenty, kteří jsou v kontaktu se sociálními pracovníky téměř denně nebo 1x – 2x za týden.

Graf 37: Měl by sociální pracovník být součástí MDT?



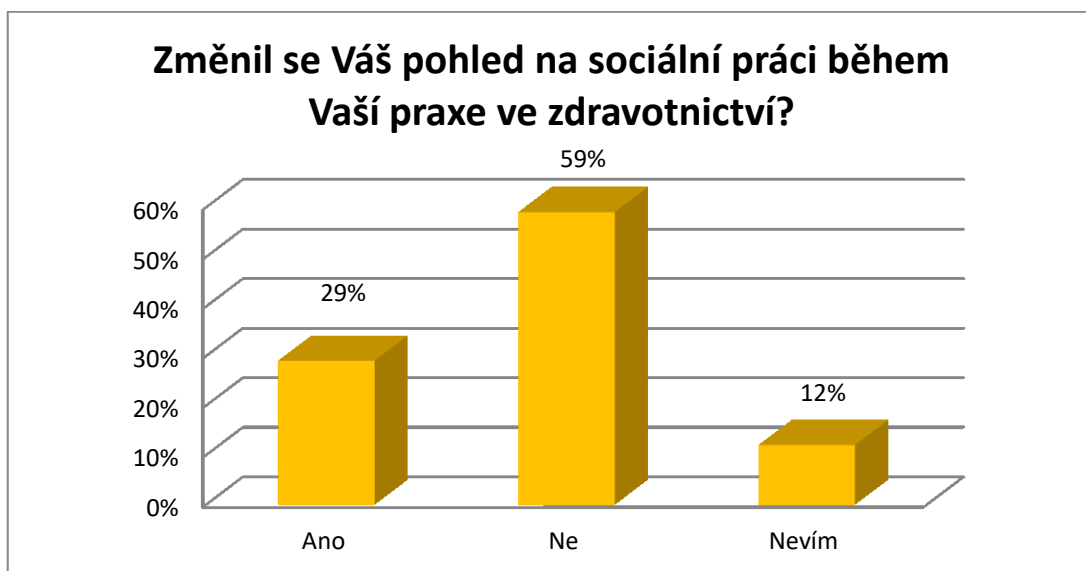
Z grafu 37 je patrné, že 93 % respondentů, kteří jsou v kontaktu se sociálním pracovníkem téměř denně nebo 1x – 2x za týden, si myslí, že sociální pracovník by měl být součástí multidisciplinárního týmu. Pozitivní je jistě i zjištění, že žádný z těchto respondentů se nevyjádřil odpovědí „ne“.

Výzkumný předpoklad 3 se potvrdil. Pomáhající profese, které jsou v kontaktu se sociálními pracovníky častěji (téměř denně či 1x-2x za týden), zastávají názor, že sociální pracovníci by měli být součástí multidisciplinárního týmu.

VP4: Pomáhající profese, kterým se v průběhu jejich praxe ve zdravotnictví změnil pohled na sociální práci, budou vnímat jako důležité, aby sociální pracovník měl vysokoškolské vzdělání.

K vyhodnocení tohoto výzkumného předpokladu jsem použila výsledky otázky č. 3 a 9. Pracovala jsem s respondenty, kterým se změnil pohled na sociální práci v průběhu jejich praxe ve zdravotnictví.

Graf 38: Změnil se Váš pohled na sociální práci během Vaší praxe ve zdravotnictví?



Z grafu 38 vyčteme, že 59 % respondentů, kterým se změnil pohled na sociální práci v průběhu jejich praxe ve zdravotnictví, si myslí, že není důležité mít vysokoškolské vzdělání pro výkon povolání sociálního pracovníka. Jen polovina těchto respondentů považuje vysokoškolské vzdělání u sociálních pracovníků za důležité.

Výzkumný předpoklad 4 se nepotvrdil. Pomáhající profese, kterým se v průběhu jejich praxe ve zdravotnictví změnil pohled na sociální práci, nevnímají jako důležité, aby sociální pracovník měl vysokoškolské vzdělání.

11 Diskuse

V této kapitole budou výsledky mého výzkumu shrnuty a zároveň srovnány s jinými autory. Záměrem mé práce bylo vyzkoumat názory a postoje pomáhajících profesí v nemocnici na profesi sociální práce a sociální pracovníky. Ovšem již před samotnou realizací výzkumu jsem se chtěla věnovat porovnávání svých výsledků s výsledky výzkumů zaměřených na názory veřejnosti. Do svého dotazníkového šetření jsem zahrнула některé otázky z výzkumu doktorky Dragomirecké (2018) zaměřené na Prestiž sociální práce očima veřejnosti, kterého jsem se účastnila jako tazatelka v rámci studia. Výsledky tedy bude možné porovnat. V diskuzi ale uvádím výsledky i jiných autorů, výzkumníků.

Výzkum v mé diplomové práci přinesl mimo jiné výsledky hodnocení postoje pomáhajících profesí k sociální práci. Respondenti uvedli nejčastěji postoj pozitivní (35 %), obdivující (33 %) a neutrální (27 %). Výzkum Kroupové (2015) uvádí, že laická veřejnost zastává nejčastěji postoj nevyhraněný (41 %), dále uznávající (37 %) a obdivující (27 %).

Dále bylo zjišťováno, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník. Pohledem pomáhajících profesí by měl být empatický, trpělivý a vstřícný. Podobný názor zastává i veřejnost, která uvádí empatii, ochotu, trpělivost a spravedlnost (Kroupová, 2015). Otázkou zůstává, proč pomáhající profese i veřejnost upřednostňují osobnostní vlastnosti sociálních pracovníků před kvalifikací, znalostmi a schopnostmi? Není u sociálního pracovníka v první řadě důležité, zda je patřičně vzdělán, jaké má zkušenosti a zda dokáže pacientům/klientům skutečně pomoci? Jak bychom pohlíželi na pracovníka, který je empatický, trpělivý, ochotný, ale neví na jaké dávky má pacient/klient nárok, na jaké další instituce se obrátit nebo nedokáže vyjednat následnou péči?

Dragomirecká (2018) rozděluje vlastnosti nejčastěji vypsané respondenty do kategorií jako pozitivní vztah k lidem (empatie, pochopení, „je hodný“), mravní vlastnosti (svědomitost, pokora), osobnostní a sociální dovednosti (veselý, komunikativní), kvalifikace a odolnost k zátěži. Rozdíl mezi pomáhajícími profesemi a veřejností v názoru na vlastnosti sociálního pracovníka příliš nepozorují.

Sociální pracovník musí mít ze zákona vysokoškolské vzdělání. Je ale podle názoru respondentů vysokoškolské vzdělání pro výkon povolání sociálního pracovníka důležité? Pomáhající profese se vyjádřili v 60 % negativně. Domnívají se, že vysokoškolské vzdělání není pro tohoto pracovníka důležité. Kroupová (2015) ve svém výzkumu uvádí velmi těsné výsledky. Veřejnost považuje ze 43 % vysokoškolské vzdělání jako důležité,

ale 44 % respondentů ho vnímá jako nedůležité. Ve výzkumu Dragomirecké (2018) jsou výsledky poněkud jasnější. Více než polovina respondentů (58 %) odpověděla „ne“, tedy nepovažují vysokoškolské vzdělání u sociálních pracovníků za důležité. Opačný názor měl pouze každý čtvrtý respondent (28 %).

Pokud se podíváme na zahraniční výzkumy, zjistíme, že LeCroy a Stinson (2004) se ve svém výzkumu v USA také zabývali názorem veřejnosti. Celkem 91 % respondentů se vyjádřilo pro potřebu mít vysokoškolské vzdělání pro výkon povolání sociální práce. Většina dotazovaných (53 %) se přiklání k bakalářskému stupni studia, 32,6 % by preferovali magisterský stupeň a 5,7 % respondentů zvolilo dokonce doktorský stupeň studia. Zajímavou informaci přináší výzkum Weiss-Gal a Welbourne (2008), který porovnává 10 zemí světa s ohledem na sociální práci. Ve výzkumu nenalezneme názor veřejnosti k procentuálnímu srovnání, ale informace vztahující se ke vzdělání pro profesi sociální práce. Totiž, že v Indii (jako jediné ze zkoumaných) lze získat i neuniverzitní diplom ze sociální práce, že v Mexiku je délka bakalářského studia 4,5 roku nebo že ve Velké Británii odpovídá za akreditaci studijních programů sociální práce ministerstvo zdravotnictví.

Již jsme zjistili, jaký názor zastávají respondenti ohledně vysokoškolského vzdělání u sociálních pracovníků. Nyní se zaměříme na nejčastěji vykonávaný typ práce. Pomáhající profese považují za nejčastější činnost sociálního pracovníka poskytování péče (20 %), práci v terénu (11 %) a vyřizování dávek (11 %). Výzkum Dragomirecké (2018) přináší výsledky z pohledu veřejnosti. Respondenti označili také první dvě výše zmiňované činnosti (49 % poskytování péče a 41 % terénní práci) a přidali dohled (45 %) jako další nejčastěji vykonávanou činnost. Stejně jako pomáhající profese (2 %), tak i veřejnost (3 %) si myslí, že psychoterapii sociální pracovníci příliš často neprovádějí. LeCroy a Stinson (2004) položili americké veřejnosti stejnou otázku a z výsledků dominuje činnost ochrany dětí (91,3 %), dále práce s komunitou (68,8 %) a skupinová terapie (67,1 %).

Výzkum se také zabýval velmi zásadní otázkou. Jaká je prestiž profese sociální práce? Z pohledu pomáhajících profesí je přesně v polovině - na čtvrté pozici, v rámci srovnávání s jinými pomáhajícími profesemi. První příčku obsadili lékaři, druhou psychologové a třetí zdravotní sestry. Za sociálními pracovníky se s velmi malým rozdílem umístili speciální pedagogové, dále rehabilitační pracovníci a nejnižší prestiž mají z pohledu pomáhajících profesí ošetřovatelé. Výzkum Dragomirecké (2018) zjistil, že veřejnost hodnotila prestiž sociálního pracovníka jako jednu z nejnižších. Umístila se na

šestém, předposledním místě. Nejvyšší prestiž mají lékaři, v tom se veřejnost i pomáhající profese shodují. Dále respondenti veřejnosti přiznali vyšší prestiž zdravotním sestrám oproti psychologům. Rehabilitačního pracovníka umístili doprostřed, na čtvrtou pozici. Pro lepší přehlednost níže uvádím tabulky (tab. 3 a tab. 4) pořadí od nejvýše prestižní profese po profesi s nejnižší prestiží.

Tab. 3: Prestiž pohledem pomáhajících profesí

<u>Pohled pomáhajících profesí</u>	
lékař	1.
psycholog	2.
zdravotní sestra	3.
sociální pracovník	4.
speciální pedagog	5.
rehabilitační pracovník	6.
ošetřovatel	7.

Tab. 4: Prestiž pohledem veřejnosti

<u>Pohled veřejnosti</u>	
lékař	1.
zdravotní sestra	2.
psycholog	3.
rehabilitační pracovník	4.
speciální pedagog	5.
sociální pracovník	6.
ošetřovatel	7.

Jistě je velmi pozitivním zjištěním, že pomáhající profese vnímají sociální práci jako více prestižní než ji vnímá veřejnost. Rozdílem v umístění jsou dvě příčky. Také prestiž psychologa je u pomáhajících profesí vyšší, než je tomu u veřejnosti.

Kroupová (2015) ve svém výzkumu z pohledu veřejnosti uvádí, že respondenti hodnotí sociální práci jako „ani prestižní, ani neprestižní profesi“ (35 %) a jako „spíše neprestižní profesi“ (33 %). Autorka předložila respondentům tabulku, kde měli srovnat vypsané profese. Ačkoli se ve srovnávání nacházela pouze jediná profese, kterou jsem nabídla respondentům z pomáhajících profesí ve svém výzkumu, považují za důležité zmínit se o pozici lékaře, který byl hodnocen ve výzkumu Kroupové (2015) jako profese s nejvyšší prestiží.

Jiné srovnání nabízí LeCroy a Stinson (2004) z USA. Jejich respondenti vnímají jako nejprestižnější profesi zdravotní sestry (89,8 %), pak duchovní (67,7 %), sociální pracovníky (60,8 %), poradce (58,3 %), psychology (44,5 %) a nejméně prestižní profesí je psychiatr (41,9 %). Což je poměrně zajímavé, jak veřejnost nahlíží na tyto pomáhající profese v USA a jak v České republice. Rozdíly jsou poněkud výrazné.

Dalším zahraničním výzkumem je šetření Varzinskiene (2009) z Litvy, kde veřejnost ohodnotila prestiž sociální práce na 44. místo z celkových 66. Jako prestižnější

profese vidí lékaře (1. lékařští specialisté, 5. stomatolog, 12. rodinný lékař, 16. farmaceut), psychologové zaujali 11. příčku a sociální pedagogové 38., což je o 6 míst prestižnější profese než sociální práce. Naopak méně prestižní umístění získala profese zdravotní sestry (50. místo).

Hodnocení prestiže povolání se věnuje již pár let Centrum pro výzkum veřejného mínění. Tuček (2016) zveřejnil seznam 26 profesí, které byly podle názoru respondentů seřazovány dle jejich společenské hodnoty. V seznamu se nachází pomáhající profese jako je lékař a zdravotní sestra (ta podle Tabery (2008) byla na seznam doplněna v roce 2008), nicméně sociální pracovník stále chybí. Lékař je hodnocen již od roku 2004 jako nejprestižnější povolání. Lékař se mimochodem nacházel na první příčce již v hodnocení prestiže z roku 1967 (Brenner, Hrouda, 1967). Zdravotní sestra byla v roce 2008 hodnocena jako čtvrtá nejprestižnější profese (Tabery, 2008), v dalších šetřeních se umísťovala na třetích příčkách (Tuček, 2016).

Nabízí se otázka, co respondenti brali v úvahu, když hodnotili prestiž pomáhajících profesí. Respondenti v mém vlastním výzkumu nejčastěji zmiňovali náročnost profese (32 %), dále pak důležitost profese pro společnost (16 %) a znalosti pracovníků k výkonu povolání (14 %). Výzkum Dragomirecké (2018) ukázal, že respondenti z veřejnosti se nejčastěji rozhodovali na základě znalostí pracovníka, důležitost pro společnost a také odpovědnost hrála významnou roli. Při srovnání docházíme k závěru, že faktory, které hrají významnou roli při posuzování prestiže, se u obou skupin respondentů příliš neliší. Obě skupiny považují za zásadní faktor důležitost profese a znalosti pracovníka.

Tuček (2011) také zmiňuje okolnosti, které hrají při posuzování prestiže povolání zásadní roli. Na nejvyšších příčkách se umístili odpovědi: znalosti, které profese vyžaduje; důležitost a zodpovědnost, kterou pracovník má. Tyto faktory jsou zcela totožné s výsledky výzkumu Dragomirecké (2018). Od výsledků mého výzkumu se liší jen v jedné okolnosti.

Jsem si vědoma toho, že výzkum není genderově vyvážený, převažovalo ženské pohlaví. Osobně si však myslím, že by se výsledky nemusely příliš lišit, kdyby zastoupení pohlaví bylo stejné. Naopak výsledky by mohly být ovlivněny, kdyby se do výzkumu zapojilo více pracovníků na vyšších pozicích jako primář, přednosta apod. nebo respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním na SŠ nebo vyučen/a.

Limity mé práce mohou být následující. Neochota respondentů vyplnit některé demografické údaje. Nepřítomnost výzkumníka může mít za následek vyplňování dotazníku vícekrát jednou osobou, případně vypisování nepravdivých demografických

údajů. Dále nízký počet respondentů z jedné nemocnice – nelze dostatečně srovnávat nemocnice mezi sebou. A také fakt, že respondenti pracují ve „velkých“ pražských nemocnicích, výzkum tedy neobsahuje data z „malých“ pražských nemocnic a specializovaných vědeckých a odborných pracovišť.

Na závěr bych poznamenala, že získaná data bylo poměrně obtížné získat. To byla pravděpodobně jediná a největší překážka, kterou jsem musela překonat.

12 Shrnutí výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak pomáhající profese v nemocnicích vnímají sociální práci, jaký názor mají na tuto profesi a sociálního pracovníka. Praktická část dále zkoumala dílčí cíle, které zjišťovaly povědomí o náplni práce zdravotně sociálního pracovníka; vzdělání nutné k výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka; vlastnosti, které by měl mít; intenzitu kontaktu se sociálními pracovníky; společenskou hodnotu tohoto povolání, a zda délka praxe ve zdravotnictví ovlivňuje názor pracovníků na tuto profesi.

Cílovou skupinou mého výzkumu se staly všechny pomáhající profese, které pracují v nemocnicích na území hlavního města Prahy. Výsledky mého výzkumu byly srovnávány s výsledky jiných výzkumů, zaměřených na názor veřejnosti.

Z výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že tři ze čtyř výzkumných předpokladů se nepotvrdily. Zjistilo se, že pomáhající profese, které jsou v kontaktu se sociálními pracovníky častěji (téměř denně či 1x-2x za týden), zastávají názor, že sociální pracovníci by měli být součástí multidisciplinárního týmu. Naopak se neprokázalo, že lékařské profese budou vnímat jako důležité vysokoškolské vzdělání u sociálních pracovníků. Dále se neprokázalo, že více pracovníků pomáhajících profesí s delší praxí ve zdravotnictví změnilo v průběhu let své praxe pohled na sociální práci oproti pracovníkům s kratší praxí ve zdravotnictví. A ani se neprokázalo, že pomáhající profese, kterým se v průběhu jejich praxe ve zdravotnictví změnil pohled na sociální práci, budou vnímat jako důležité, aby sociální pracovník měl vysokoškolské vzdělání.

Celkově výzkum přináší následující zjištění. Pomáhající profese v nemocnicích vnímají sociální práci pozitivně a obdivuhodně. Respondenti zařadili prestiž sociální práce na čtvrté místo ze sedmi předložených pomáhajících profesí, tedy doprostřed. Domnívají se, že vyšší prestiž než sociální pracovník má lékař, psycholog a zdravotní sestra. Při posuzování prestižnosti brali respondenti především v úvahu náročnost profese, její důležitost pro společnost a znalosti pracovníka, které musí mít.

Sociální pracovník by měl podle pomáhajících profesí být empatický, trpělivý a vstřícný. Vysokoškolské vzdělání respondenti nepovažují za důležité pro výkon povolání sociálního pracovníka. Pomáhající profese se domnívají, že sociální pracovník nejčastěji vykonává činnosti jako poskytování péče, terénní práci a vyřizování dávek. Dále vyplynulo, že sociální pracovník by rozhodně měl být součástí multidisciplinárního týmu.

Důvodem je fakt, že sociální pracovník patří do MDT, dále protože problém pacienta se často dotýká více oblastí a také proto, že právě tito pracovníci znají sociální problematiku.

Myslím si, že z výsledků výzkumného šetření vyplynulo několik pozitivních zjištění. Například vnímání sociálního pracovníka pomáhajícími profesemi jako nezbytná součást multidisciplinárního týmu. Při srovnání s výzkumem Dragomirecké (2018) zaměřených na názor veřejnosti zjišťujeme, že pomáhající profese vnímají profesi sociální práce prestižněji než je tomu z pohledu veřejnosti.

Výzkum ale také ukazuje určité negativní poznatky. Například, že pro povolání sociálního pracovníka není důležité mít vysokoškolské vzdělání nebo že nejčastějším typem práce je poskytování přímé péče.

Myslím si, že výzkum přináší nová zjištění, se kterými lze v budoucnu dále pracovat. Bylo by zajímavé, kdyby se stejný výzkum realizoval v zahraničí a měli bychom tak srovnání, jak vnímají pomáhající profese v zahraničí sociální práci a jaký názor mají na sociální pracovníky. Případně provést výzkum v jiném městě České republiky a výsledky porovnat. Pro zvýšení povědomí a prezentace profese sociální práce v nemocnicích bych doporučila více představovat náplň práce sociálního pracovníka, uvádět příklady dobré praxe, případně se i více orientovat na osvětu profese v očích veřejnosti resp. pacientů/klientů. Myslím, že by bylo přínosné, kdyby se studenti (lékařských oborů, nelékařských zdravotnických oborů aj.) již v rámci vzdělávání seznamovali s profesí sociální práce a byli informováni o poslání, metodách, činnostech a významnosti této profese pro pacienta a společnost.

Závěrem bych chtěla upozornit na nedostatečnou propojenost sociální a zdravotní oblasti, což je poměrně aktuální téma. V následujících letech se pro tuto otázku bude muset najít řešení, aby tyto dvě oblasti byly v dostatečné míře propojené.

13 Závěr

Diplomová práce se zabývá pohledem na sociální práci v nemocnicích očima pomáhajících profesí na území hlavního města Prahy. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak pracovníci pomáhajících profesí, kteří pracují v nemocnicích, vnímají profesi sociální práce a jaký mají názor na sociálního pracovníka.

Teoretická část vymezuje teoretická východiska pro diplomovou práci. Seznamuje čtenáře s profesí sociální práce, pojednává o sociální práci ve zdravotnictví, o pomáhajících profesích, o multidisciplinárním týmu a také o prestiži profese sociální práce.

Praktická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Předem byly stanoveny dvě výzkumné otázky a čtyři výzkumné předpoklady, které byly vyhodnoceny a v rámci diskuze srovnány s výzkumy zaměřenými na názor a vnímání sociální práce pohledem veřejnosti. Výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů, které byly následně popsány.

Sociální práce je očima pomáhajících profesí vnímána obdivuhodně a pozitivně. V porovnání prestiže s jinými pomáhajícími profesemi se umístila jako čtvrtá ze sedmi hodnocených, tedy v polovině. Pozitivní však je, že je považována za prestižnější profesi než jak ji vnímá veřejnost. Sociálního pracovníka jednoznačně považují za součást multidisciplinárního týmu. Bohužel jsou však pomáhající profese toho názoru, že vysokoškolské vzdělání není pro sociálního pracovníka důležité.

Výsledky výzkumu diplomové práce jsou z mého pohledu přínosné. Bylo by zajímavé zrealizovat stejný výzkum v zahraničí, případně v jiném městě České republiky a výsledky porovnat. Považuji na důležité zvyšovat povědomí o sociální práci v nemocnicích pomocí představování dobré praxe, náplni práce sociálního pracovníka a orientovat se i na pacienty/klienty, kteří pomoc zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích potřebují. Myslím, že by bylo přínosné, kdyby se studenti (lékařských oborů, nelékařských zdravotnických oborů aj.) již v rámci vzdělávání seznamovali s profesí sociální práce a byli informováni o poslání, metodách, činnostech a významnosti této profese pro pacienta a společnost. Zvláštní pozornost si jistě zaslouží nedostatečná propojenost sociální a zdravotní oblasti.

14 Seznam použité literatury

BEDER, Joan, 2006. Hospital social work: the interface of medicine and caring. New York: Routledge. ISBN 0415950678.

BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ, 2008. Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]. Vyd. 1. Praha: Portál, 151 s. ISBN 978-807-3673-925.

BELL, Linda a Trish HAFFORD-LETCHFIELD, 2015. Ethics, Values and Social Work Practice. England: Open University Press. ISBN 0-335-24529-3.

BRENNER, Vladimír a Milan HROUDA. 1967. „Věda a vysokoškolské vzdělání v prestiži povolání.“ Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 3 (5): 541-550.

BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ, 2011. Zdravotnická povolání. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-661-5.

GEHLERT, Sarah a Teri BROWNE, 2011. Handbook of Health Social Work. 2nd ed. Hoboken, N.J.: John Wiley. ISBN 9780470643655.

GREENE, Roberta R., 2008. Human behavior theory & social work practice. 3rd ed. New Brunswick, N.J.: AldineTransaction. ISBN 978-0-202-36180-2.

GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf, 2007. Nebezpečí moci v pomáhajících profesích. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-302-4.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAVRDOVÁ, Zuzana, 2004. Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

JANIŠ, Kamil a Ján JESENSKÝ, ed. Malý slovník pomáhajících profesí. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-126-0.

HAVRDOVÁ, Zuzana a kol., 2010. Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. ISBN 978-80-87398-06-7.

HORVÁTHOVÁ, Petra, 2008. Týmy a týmová spolupráce. 1. vyd. Praha: ASPI. 200 s. ISBN 978-80-7357-390-4.

HRDÁ, Karolína, 2018. Multidisciplinární tým v akci. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-0-2.

KODYMOVÁ, Pavla, 2015. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Sešit sociální práce 3/2015. MPSV. ISBN: 978-80-7421-088-4

KOHOUTEK, Rudolf a Jaroslav ŠTĚPANÍK, 2000. Psychologie práce a řízení. Brno: CERM. ISBN 80-214-1552-5.

KOLAJOVÁ, Lenka, 2006. Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.

KOPŘIVA, Karel, 2013. Lidský vztah jako součást profese. Vyd. 7., V Portálu 6. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.

KROUPOVÁ, Denisa, 2015. Hodnota a postavení sociálních pracovníků z pohledu veřejnosti. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

KUDLOVÁ, Eva, 2017. Prestiž oboru sociální práce očima zainteresované veřejnosti a sociálních pracovníků. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol., 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

KUZNÍKOVÁ, Iva, MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2012. O sociální práci pro management zdravotnických organizací. V Ostravě: Ostravská univerzita v Ostravě. 96 s. ISBN 978-80-7368-987-2.

LECROY, Craig Winston a Erika L. STINSON, 2004. The Public Perception of Social Work: It is what we think it is? Social work, 49 (2): 164-174

MAROON, Istifan, 1997. Becoming a professional social worker: developmental processes and challenges in supervision theory and practice. Hildesheim: G. Olms Verlag. Hildesheimer Schriftenreihe zur Sozialpädagogik und Sozialarbeit. ISBN 3-487-10486-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. Slovník sociální práce. Vydání druhé. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.

MATUŠKA, F., 2008 Kontrola jako nástroj zajištění kvality sociálních služeb. In Sborník příspěvků závěrečné konference projektu Q Ostrava. Zvyšování kvality služeb na území statutárního města Ostravy. Q Ostrava: Ostrava.

MICHALÍK, Jan a kol., 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.

MACHONIN, Pavel, 1969. Československá společnost: sociologická analýza sociální stratifikace. Bratislava: Epoque.

PETRÁČKOVÁ, Věra a Jiří KRAUS, 1995. Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia. ISBN 80-200-0523-4.

PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ, 1996. Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-311-3.

ŘEZNÍČEK, Ivo, 2000. Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Slon. ISBN 80-85850-00-1.

SEDLÁKOVÁ, Renáta, 2014. Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky. Praha: Grada. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3568-9.

SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2008. Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.

ŠKODA, Jiří, 2007. Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. Acta Universitatis Purkynianae. ISBN 978-80-7044-858-8.

ŠŤASTNÁ, Jaroslava, 2016. Když se řekne komunitní práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3356-5.

TOMEŠ, Igor, 2010. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.

ÚLEHLA, Ivan, 2005. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.

VARZIENSKIENE, Laura, 2009. Prestige of Social Work Profession. Socialiniai tyrimai/ Social Research, Nr. 1 (15), 98–104.

VOJTÍŠEK, Petr, 2017. Teorie sociální politiky [přednáška]. Praha: Katedra sociální práce UK FF, 17. 10. 2017.

VURM, Vladimír, 2004. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví: pro studující ZSF JU. Praha: Manus. ISBN 80-86571-07-6.

Internetové zdroje

BARTŮŇKOVÁ M., J. JARKOVSKÝ a L. DUŠEK, 2016. Zdravotnictví ČR: Personální kapacity 2015 [online]. Národní zdravotnický informační systém – ekonomické zpravodajství [cit. 08. 07. 2019]. Dostupný z:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj_kj__8k6_jAhVCUcAKHXqxBukQFjADegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2FNZIS_REPORT_c_E1_kapacity_mzdy2015.pdf&usg=AOvVaw1v0g8UDcaH-O40MgQGjqcT

BARTŮŇKOVÁ M., J. JARKOVSKÝ a L. DUŠEK, 2018. Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměny 2017 [online]. Národní zdravotnický informační systém – ekonomické zpravodajství [cit. 08. 07. 2019]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-personalni-kapacity-odmenovani-2017>

DAVIDOVÁ, Eva, 2018. Sociální pracovníci chtějí vlastní profesní komoru a zákon [online]. Česká společnost pro gerontologii, z. s. Publikováno 21. 06. 2018 [cit. 16. 07. 2019]. Dostupný z: <http://prostari.cz/socialni-pracovnici-chteji-vlastni-profesni-komoru-a-zakon/>

DAVIDSON, Sara a Susan KING, 2005. Public knowledge of and attitudes to social work in Scotland [online]. Scottish Executive Social Research [cit. 17. 07. 2019]. Dostupné z: <https://dera.ioe.ac.uk/7277/1/0017787.pdf>

DEMETEROVÁ, Iveta, 2018. Nový zákon o sociálních pracovnících je naplánován na rok 2021. Do praxe by měl ale vejít co nejdříve [online]. In: www.rozhlas.cz. Publikováno 14. 04. 2018. [cit. 16. 07. 2019]. Dostupné z: https://www.rozhlas.cz/romove/zezivota/_zprava/novy-zakon-o-socialnich-pracovnicich-je-naplanovan-na-rok-2021-do-praxe-by-mel-ale-vejit-co-nejdrive--1795755

DISMAN, Miroslav, 2002. Jak se tvoří sociologická znalost [online]. Praha: Karolinum, 2002 [cit. 16. 07. 2019]. Dostupné z: http://www.jakubholy.net/humanities/disman-soc_znalost.html

DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2018. Prestiž sociální práce očima veřejnosti. [online]. Katedra sociální práce FF UK [cit. 19. 07. 2019]. Dostupný z: <https://slideplayer.cz/slide/16914542/>

Fokus – Opava, 2016. Metodika multidisciplinárního týmu [online]. Fokus – Opava, z. s. [cit. 08. 07. 2019]. Dostupný z: http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf

GARTHWAIT, Cindy, 2012. Dictionary od social work [online]. The University od Montana [cit. 10. 07. 2019]. Dostupný z: http://health.umt.edu/socialwork/Master%20of%20Social%20Work/Curriculum/SocialWorkDictionary_booklet_updated_2012_Oct23.pdf

GUTOVÁ, Lenka, Dagmar MARTINKOVÁ a Václava OTCOVÁ, 2017.

Multidisciplinární tým paliativní péče [online]. Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha [cit. 10. 07. 2019]. Dostupný z: http://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4089132

HABÁŇ, Petr, 2015. Profesní komora sociálních pracovníků byla hlavním tématem semináře v Poslanecké sněmovně [online]. MPSV. Publikováno 4. 3. 2015. [cit. 16. 07. 2019]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/tiskova_zprava.pdf

HAVELKOVÁ, Hana a Alena VODÁKOVÁ, 2018. Sociologická encyklopedie [online]. Sociologický ústav AV ČR [cit. 14. 06. 2019]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Mor%C3%A1lka>

HLAVIČKOVÁ, Růžena, 2013. Interdisciplinární spolupráce při aktivizaci nemocných [online]. Spojená akreditační komise [cit. 10. 07. 2019]. Dostupný z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwihn6ToqbbjAhULY8AKHRtiDpcQFjAlegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.sakcr.cz%2Fget_file.php%3Ffile%3D.%2Fadmin%2Fupload%2Fdownload%2F4-hlavickova.pdf&usq=AOvVaw1O7-U_ILDyvSYVy7-TXxuk

HOTOVÁ, Veronika, 2018. Listy sociální práce [online]. In: www.listysp.cz [cit. 17. 07. 2019]. Dostupný z: <http://www.listysp.cz/>

KOCANDOVÁ, Soňa a kol., 2017. Sborník z konference pořádané ke Světovému dni sociální práce [online]. MPSV, Praha [cit. 17. 07. 2019]. Dostupný z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/sborn%C3%ADk_z_konference1.pdf

KREJČOVÁ, Simona, 2018. O co se bojuje v sociálních službách [online]. Solidarita. Vydáno 13. 04. 2018 [cit. 17. 07. 2019]. Dostupný z: <https://solidarita.socsol.cz/2018/domaci/o-co-se-bojuje-v-socialnich-sluzbach>

Metodika multidisciplinární spolupráce, 2015. Rozvoj sociálně-právní ochrany na Kolínsku [online]. Město Kolín, oddělení sociálně-právní ochrany [cit. 10. 07. 2019].

Dostupný z:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXz8-r9bTjAhWLYsAKHXekBwIQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fesf2014.esfcr.cz%2Fdap%2FDokumenty%2FDownloadData%3Fid%3D6430d44f-7789-4306-9a2a-8171561d179b%26fn%3Dmetodika%2520multi%2520spolupr%25C3%25A1ce%2520%2520FINAL%2520II.pdf&usg=AOvVaw1Av7gTccQVxNprIy6Vm6tm>

NINGEROVÁ, Zuzana, 2015. Sociální práce je neměřitelná, je neviditelná [online].

Sociální práce/Sociálna práca [cit. 17. 07. 2019]. Dostupné z:

<http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=720>

NOVÁK, Tomáš a Věra CAPONNI, 2017. Sociologická encyklopedie [online].

Sociologický ústav AV ČR [cit. 14. 06. 2019]. Dostupné z:

<https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Kooperace>

OLIN, Jeffrey, 2013. The public and the profession's perception of social work [online].

Columbia Social Work Review, Volume IV [cit. 17. 06. 2019]. Dostupný z:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiV6YGrzLzjAhUKV8AKHfx2DNgQFjABegQIARAC&url=https%3A%2F%2Facademiccommons.columbia.edu%2Fdownload%2Ffedora_content%2Fdownload%2Ffac%3A177293%2FCONTENT%2FOln.-The-public-and-the-professions-perception-of-social-work.pdf&usg=AOvVaw3kHLkzwEnUcfD4ycYH0MFb

PETRUSEK, Miloslav, 2018. Sociologická encyklopedie [online]. Sociologický ústav AV

ČR. Editováno 10. 11. 2018 [cit. 17. 06. 2019]. Dostupný z:

<https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Presti%C5%BE>

Pomáhající profese, 2014. Portál inovací v sociální péči [online]. Evropská rozvojová

agentura [cit. 03. 06. 2019]. Dostupný z: <http://pecujeme.eracr.cz/lide-a-pece/pomahajici-profese/>

PRCHAL, Pravomil, 2014. Základy zdravotnické legislativy. Základní text pro

kombinovaný typ studia [online]. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra sociální

práce [cit. 08. 07. 2019]. Dostupné z: <http://www.vspj.cz/ISBN/Opory%20-%20V%C5%A0PJ/Z%C3%A1klady%20zdravotnick%C3%A9%20legislativy%20-%20Pravomil%20Prchal.pdf>

Protopopová, Dita, 2017. Nové rozdělení kompetencí pracovníků multidisciplinárním týmu [online]. Národní ústav duševního zdraví [cit. 08. 07. 2019]. Dostupný z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/PrototopovaDita_kulaty-stul-11.4._web.pdf

RYBÁŘ, Jan, 2014. Od novin po virály: Co vše jsou média [online]. Inspirovník [cit. 17. 07. 2019]. Dostupné z: <https://www.inspirovník.cz/co-jsou-media/>

SLÁBOVÁ V., 2018. Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměny 2016 [online]. Národní zdravotnický informační systém – ekonomické zpravodajství [cit. 08. 07. 2019]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-personalni-kapacity-2016>

Social Welfare History Project, 2012. Ida Cannon (1877-1960) – Social worker, nurse, author and founder of medical social work [online]. Social Welfare History Project. Retrieved [cit. 14. 07. 2019]. Dostupné z: <http://socialwelfare.library.vcu.edu/people/cannon-ida-maude/>

Sociální práce/Sociálna práca, 2014. Poslání a cíle [online]. In: www.socialniprace.cz [cit. 25. 06. 2019]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=1&podsekce=17>

Společnost sociálních pracovníků, 2019. Kdo jsme [online]. In: www.socialnipracovnici.cz. Poslední změna 12. 06. 2019 [cit. 25. 06. 2019]. Dostupné z: <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/kdo-jsme>

ŠABATOVÁ, Anna, 2017. Desatero dobré praxe sociální práce při řešení nepříznivé sociální situace [online]. Veřejný ochránce práv. Vydáno 28. 07. 2017 [cit. 17. 07. 2019]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/Ochrance_letak_Desatero_dobre_praxe.pdf

ŠLENKRTOVÁ, Helena a Věra MARKOVÁ, 2012. Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních [online]. Česká asociace sester. Revidováno 9. 1. 2012 [cit. 08. 07. 2019]. Dostupný z:

https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf

ŠTRUMA, Petr at al., 2016. Metodika práce multidisciplinárního týmu pro vážně a dlouhodobě duševně nemocné [online]. Fokus Mladá Boleslav [cit. 08. 07. 2019].

Dostupné z: http://www.fokus-mb.cz/produkty/soubory/49/NFSK_metodika.pdf

ŠVEREPA, Milan, 2005. Sociální práce a média [online]. Sociální práce/Sociálna práca, číslo 4/2005 [cit. 17. 07. 2019]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/sverepa/doc/socialni-prace-a-media-sverepa.pdf>

TABERY, Paulína, 2008. Prestiž povolání. Tisková zpráva. Centrum pro výzkum veřejného mínění [online]. Sociologický ústav AV ČR [cit. 20. 07. 2019]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a796/f9/100819s_eu80829.pdf

TUČEK, Milan, 2011. Prestiž povolání. Tisková zpráva. Centrum pro výzkum veřejného mínění [online]. Sociologický ústav AV ČR [cit. 20. 07. 2019]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a582/f9/101176s_eu110725.pdf

TUČEK, Milan, 2016. Prestiž povolání – únor 2016. Tisková zpráva. Centrum pro výzkum veřejného mínění [online]. Sociologický ústav AV ČR [cit. 20. 07. 2019]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf

Vysoké školy, 2019. Katalog studijních oborů. Zdravotně sociální pracovník [online]. In: www.vysokeskoly.cz [cit. 08. 07. 2019]. Dostupné z: <https://www.vysokeskoly.cz/katalog-vs/obory/Zdravotn%C4%9B+soci%C3%A1ln%C3%AD+pracovn%C3%ADk>

WEISS-GAL, Idit a Penelope WELBOURNE, 2008. The professionalisation of social work: a cross-national exploration [online]. International journal of social welfare. ISSN: 1369-6866 [cit. 17. 07. 2019]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-2397.2008.00574.x>

Zdravotně sociální služby, 2018. Aktivita pro nemocné [online]. Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice [cit. 08. 07. 2019]. Dostupné z: <https://www.pnhberkovice.cz/index.php/aktivita-nemocnice/zdravotne-socialni-sluzby>

Zdravotně sociální oddělení, 2019. Pacientům a veřejnosti [online]. Thomayerova nemocnice [cit. 08. 07. 2019]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/zdravotne-socialni-oddeleni-76/>

Příloha 1.



**ETICKÝ KODEX
SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR**

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práva sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2.4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.
2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.
3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

zdroj: <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>

Příloha 2.

Průvodní sdělení k dotazníkovému šetření

Vážení respondenti,

jmenuji se Michaela Veselá a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Sociální práce na Katedře sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. V současné době se věnuji psaní své diplomové práce na téma Sociální práce očima pomáhajících profesí. Součástí práce je provedení kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak pomáhající profese v nemocnicích vnímají sociální práci a jaký názor mají na tuto profesi.

Dotazník, který naleznete na následujících stranách, obsahuje celkem 16 otázek, z toho 7 otázek zjišťuje demografické údaje. Vyplnění Vám zabere přibližně 6 – 10 minut. **Výzkumné šetření se týká pracovníků, kteří pracují jako pomáhající profese.** Pokud si nejste jisti, zda patříte do cílové skupiny a nevádí Vám dotazník vyplnit, neváhejte – všechny dotazníky budou před zpracováním zkontrolovány a případně zavčas vyřazeny.

Dotazník je zcela anonymní. Vyplnění je zcela dobrovolné a záleží jen na Vás, zda dotazník vyplníte celý nebo jen částečně.

Budu ráda, když se rozhodnete zapojit do mého výzkumného šetření, neboť očekávané výsledky jsou pro mě i moji práci velmi významné.

V případě jakýchkoli dotazů, připomínek a jiných sdělení mě kontaktujte na e-mailové adrese: (e-mail).

Velmi děkuji všem respondentům, kteří měli chuť se zapojit do výzkumného šetření.

S přáním hezkého dne

Bc. Michaela Veselá

Dotazník k diplomové práci FF UK – Sociální práce očima pomáhajících profesí

1. Jaký postoj máte k sociální práci jako profesi?

- ☐ obdivující
- ☐ pozitivní
- ☐ neutrální
- ☐ negativní
- ☐ odmítavý
- ☐ jiný: _____

2. Napište prosím 3 vlastnosti, které by měl mít sociální pracovník (sociální pracovnice):

- a)
- b)
- c)

3. Je podle Vašeho názoru důležité, aby měl sociální pracovník vysokoškolské vzdělání?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

4. Jaký typ práce podle Vašeho názoru sociální pracovníci nejčastěji vykonávají? *Označte, prosím, maximálně tři možnosti.*

a) vedení a řízení (např. domova pro seniory či sociálního oddělení)	
b) terénní práce (práce na ulici, např. s lidmi bez domova)	
c) poradenství	
d) vyřizování dávek	
e) dohled (např. nad rodinami či mládeží)	
f) poskytování péče (např. seniorům, lidem se zdravotním postižením)	
g) psychoterapie	
h) vedení volnočasových aktivit (např. pro děti, mládež nebo seniory)	
i) krizová intervence (krátkodobá pomoc lidem v krizové situaci)	
j) dlouhodobé vedení a podpora (např. lidí s duševním onemocněním)	
k) vytváření sociální politiky (např. návrh sociálního zabezpečení, služeb)	

5. Jak často jste v kontaktu se sociálními pracovníky v rámci výkonu své práce?

- ☐ téměř denně
- ☐ 1x - 2x za týden
- ☐ 1x – 2x za měsíc
- ☐ spíše výjimečně
- ☐ jiný: _____

6) Měl by podle Vašeho názoru být sociální pracovník součástí multidisciplinárního týmu?

- ☐ ano, protože _____
- ☐ ne, protože _____
- ☐ nevím

7) Předkládáme Vám seznam pomáhajících profesí. Zkuste je prosím očíslovat od 1 do 7 podle toho, jakou mají podle Vašeho názoru společenskou hodnotu (prestiž). 1 = profese s nejvyšší společenskou prestiží; 7 = profese s nejnižší společenskou prestiží. Čísla prosím zapište do kolonky vpravo.

a) zdravotní sestra	
b) speciální pedagog	
c) sociální pracovník	
d) psycholog	
e) lékař	
f) rehabilitační pracovník	
g) ošetřovatel	

8) Napište prosím do následujících řádků, co jste především bral/a v úvahu, když jste v předchozí otázce posuzoval/a prestiž různých pomáhajících profesí (např. znalosti pracovníků, důležitost pro společnost, potřebnost profese, náročnost profese, výši příjmů, mediální obraz aj.)

- a)
- b)
- c)

9) Změnil se Váš pohled na sociální práci během let Vaší praxe? Pokud ano, co bylo důvodem změny pohledu?

- ☐ ano, _____
- ☐ ne